

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

FORMULA REDDITO A Premio Annuale New

Prestazioni assicurate da:



BCC Assicurazioni S.p.A.
Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva di Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

BCC Assicurazioni S.p.A.

- a) BCC Assicurazioni S.p.A. Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124;
- b) Sede Legale: in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996;
- e) Società di revisione: PKF ITALIA SPA, Viale Vittorio Veneto, 10 – 20124 Milano.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a Euro 14.339.000 di cui Euro 14.321.000 sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2015 risulta pari al 388%.

3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Bcc Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Iccrea Holding S.p.A.

Il presente prodotto è intermediato da Banca di Credito Cooperativo.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La presente Convenzione, stipulata dal Contraente con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo.

Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave l'Assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo.

Il primo periodo di copertura assicurativa intercorre tra la data di decorrenza, riportata sul Modulo di Adesione, e l'01/09 successivo alla data di decorrenza stessa.
Successivamente, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda allo specifico Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte del Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

La disdetta della singola Adesione è una facoltà data ad entrambe le Parti, Compagnia e Assicurato. La comunicazione di disdetta deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura assicurativa.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo nei casi sotto indicati, diversi a seconda del "Pacchetto" di garanzie scelto e dello status occupazionale dell'Assicurato in fase di sottoscrizione:

PACCHETTO Base Garanzie Vita	Decesso Inabilità Totale Permanente da Infortunio e Malattia
PACCHETTO Completo Garanzie Danni +	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo Perdita di Impiego, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico.

Garanzie Vita	Malattia Grave, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente di Impresa familiare o Key Man se Aderente Persona Giuridica.
	Decesso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia

Le garanzie sono sottoscrivibili sia da Persona Fisica che da Persona Giuridica. In caso di Persona Giuridica, l'Aderente corrisponde alla Società, mentre l'Assicurato deve ricoprire, all'interno della Società stessa, uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.

Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto di garanzie acquistato di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA – Per gli aspetti di dettaglio sull'Indennizzo previsto per le garanzie Danni si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 26 ;**
- **Perdita di Impiego (PI) – Art. 31;**
- **Malattia Grave (MG) – Art. 35.**

Le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono sempre operanti.

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 28 ;**
- **Perdita di Impiego (PI) – Art. 33;**
- **Malattia Grave (MG) – Art. 38;**
- **Decesso - cfr Fascicolo Informativo Vita;**
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia(ITP) - cfr Fascicolo Informativo Vita.**

4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli Scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione ;
- Perdita di Impiego (PI) – Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione;
- Malattia Grave (MG) – Art. 35 delle Condizioni di Assicurazione ;
- Decesso - cfr. Fascicolo Informativo Vita;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia(ITP) - cfr. Fascicolo Informativo Vita.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

1° caso

- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2015 – 20/11/2015
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; € 00,00

2° caso

- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2015 – 20/03/2016
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; 4 rate mensili x € 400,00 = € 1.600,00

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano:

1. alle ore 24:00 del giorno di Decesso dell'Assicurato;
2. A partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, in caso di liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia dell'Assicurato;
3. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico.
4. disdetta del rinnovo della copertura assicurativa. Qualora il primo periodo di copertura assicurativa fosse inferiore a 12 mesi, non sarà possibile disdettare il contratto che si rinnoverà per l'annualità completa successiva alla scadenza del primo periodo di copertura.

5. La Copertura Assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.
6. in caso di esercizio del diritto di recesso;

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di Premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ.

7. Premio

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al Premio Annuale calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il Premio Annuale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale e della rata assicurata.

Il pagamento del Premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato tramite l'utilizzo di mandato SDD, versato direttamente sul CC della Società stessa.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito tramite SDD.

8. AVVERTENZA - Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

- Entro 60 giorni dalla data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso alla Compagnia.

Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà totalmente il premio corrisposto, senza applicare alcun onere a carico dell'Assicurato.

Nel caso di recesso esercitato entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà il premio corrisposto, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia, dal premio rimborsato all'Assicurato.

Per conoscere in dettaglio i tempi, le modalità e i riferimenti per l'invio della richiesta di Rimborso si rimanda all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o il Contraente, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui sopra, unitamente alla documentazione richiesta.

**(*) BCC Assicurazioni S.p.A.
c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL
Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)**

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo:

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda all'articolo 13 delle CGA.

Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A.
- servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - -Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo –
Lungadige Cangrande, 16 . 37126 Verona (Italia)
Fax: **02/21072280**
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (ITT) - Art. 30**
- **Malattia Grave (MG) - Art. 40**

BCC Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera

Contadina

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Aderente: La Persona Fisica o Giuridica, che sottoscrive il Modulo di Adesione della presente polizza assicurativa.

Assicurato: La Persona Fisica per la quale valgono le coperture assicurative ai sensi e nei limiti di cui alla presente polizza. Nel caso di Aderente Persona Giuridica l'assicurato coincide con la persona fisica designata dall'Aderente che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).

Assicurazione: il contratto di assicurazione (Convenzione Collettiva) e il suo contenuto.

Beneficiario: Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dal contratto.

Capitale Assicurato: la somma, costante per tutto il periodo di validità della copertura assicurativa, scelta dall'Assicurato in fase di adesione e riportata nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato stesso.

Contraente: il soggetto che stipula la Convenzione Collettiva di assicurazione con la Società.

Data Iniziale: Le ore 24.00 del giorno, indicato nel Modulo di Adesione, in cui ha effetto la copertura assicurativa, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione stesso.

Decorrenza: Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Modulo di Adesione: La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e dall'Assicurato per aderire alla Polizza Convenzione Collettiva.

Perdita di Impiego: Lo stato dell'Assicurato, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione, il quale sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, qualora egli:

- a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Inabilità Totale Temporanea: La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità Totale Permanente, l'Inabilità Totale Temporanea.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento o il congelamento;
5. i colpi di sole o di calore;
6. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
7. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Intermediario Collocatore: La Banca di Credito Cooperativo che propone all'Assicurato la copertura assicurativa.

Intermediario Gestore: Il soggetto, Banca o Agenzia, che si occupa della gestione del prodotto.

Istituto di Cura:

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Key Man: La persona fisica, designata come Assicurato dall'Azienda Aderente (che ha sottoscritto il Modulo di Adesione) e che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale o figura con ruolo determinante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa.

Lavoratore Autonomo:

la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato:

la persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Lavoratore Dipendente Pubblico:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, a tempo indeterminato o determinato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli

Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300, i lavoratori nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Lavoratore di Impresa Familiare:

il lavoratore che – in qualità di coniuge, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo del datore di lavoro – presta la propria attività lavorativa in modo continuativo e con vincolo di subordinazione come dipendente privato di un'impresa familiare. Ai fini della presente Polizza Collettiva, per "Impresa Familiare" si intende l'attività economica alla quale collaborano in modo continuativo il coniuge, i parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo.

Malattia:

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave:

I casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo.

Massimale: Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

Non Lavoratore:

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati.

Normale Attività Lavorativa:

L'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Periodo di Assicurazione: Il periodo di vigenza di ciascuna Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione, determinato ai sensi dell'Art. 4.

Periodo di Carenza:

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa.

Periodo di Franchigia Assoluta:

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Franchigia Relativa:

Periodo di tempo nel quale deve protrarsi il Sinistro, indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione:

Periodo di tempo successivo alla cessazione della liquidazioni di un sinistro per Inabilità Totale Temporanea o di Perdita di Impiego o di Malattia Grave, liquidabile ai sensi del contratto di assicurazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego o per Malattia Grave.

Polizza: Il presente documento, che contiene la disciplina del contratto di assicurazione.

Premio: La somma in denaro comprensiva di imposte che l'Assicurato deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Sinistro: Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società: BCC Assicurazioni S.p.A., Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124. Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1. In base alla presente Polizza la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo qualora si verifichi un Sinistro, per:

- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo - (Sezione A delle Condizioni Particolari);**
- **PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico - (Sezione B delle Condizioni Particolari);**
- **MALATTIA GRAVE dell'Assicurato che sia Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare o Key Man se Aderente Persona Giuridica - (Sezione C delle Condizioni Particolari)**

2. Pertanto, a seconda dello status occupazionale dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, le coperture Danni prestate a ciascun Assicurato sono le seguenti:

Lavoratore Dipendente Pubblico o Privato:

PACCHETTO Completo Garanzie Danni + Garanzie Vita	Perdita di Impiego Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia ≥ 60% (*) Decesso
--	---

Lavoratore Autonomo:

PACCHETTO Completo Garanzie Danni + Garanzie Vita	Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia ≥ 60% (*) Decesso
--	---

Non Lavoratore - Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare – Key Man se Aderente Persona Giuridica:

PACCHETTO Completo Garanzie Danni + Garanzie Vita	Malattia Grave Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia ≥ 60% (*) Decesso
--	---

(*) - Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

3. A ciascun Assicurato, le predette garanzie Danni sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, alla garanzia di ramo vita per il caso di Decesso e di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia dell'Assicurato, prestate dalla compagnia **BCC Vita S.p.A.**. Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo, mentre le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo.
4. All'Assicurato sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono al suo effettivo status occupazionale, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Assicurato, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture a lui prestate in base al suo effettivo status occupazionale.
In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art. 11.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. Sia cliente della Banca di Credito Cooperativo;
2. Ricopra all'interno dell'Impresa Aderente uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale e che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.
3. sia di età non inferiore ai 18 anni né superiore ai 74 anni (non compiuti) al momento della sottoscrizione e/o del rinnovo annuale della copertura, fermo restando che l'età massima a scadenza della copertura non può essere superiore ai 75 anni (non compiuti);
4. qualora sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico: svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;
5. la persona fisica che abbia risposto correttamente a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.

Per capitali oltre i € 200.000 è richiesta inoltre la presentazione di specifica documentazione sanitaria come meglio disciplinato nell'apposito separato Fascicolo Informativo Vita.

ATTENZIONE – Resta inteso che la Compagnia ha diritto:

- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente

6. **NON svolga una delle seguenti professioni:** collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave, Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato stesso.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il primo periodo di copertura assicurativa intercorre tra la data di decorrenza, riportata sul Modulo di Adesione, e l'01/09 successivo alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, la copertura assicurativa si rinnova per altri 12 mesi tacitamente, fermo restando quanto previsto all'art. 2 – Persone Assicurabili.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta.

Qualora il primo periodo di copertura assicurativa fosse inferiore a 12 mesi, non sarà possibile disdettare il contratto che si rinnoverà per l'annualità completa successiva alla scadenza del primo periodo di copertura.

La Copertura Assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

Per ogni Assicurato, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data si stato adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.1.

Se il premio non viene pagato alla data Iniziale o alle successive scadenze annuali le garanzie restano sospese fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio dovuto. Trascorsi 60 giorni, senza che sia avvenuto il pagamento, la Copertura Assicurativa si risolve di diritto.

Art. 5 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano:

1. alle ore 24:00 del giorno di Decesso dell'Assicurato;
2. A partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, in caso di liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia dell'Assicurato;
3. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico.
4. disdetta del rinnovo annuale della copertura assicurativa.

Qualora il primo periodo di copertura assicurativa fosse inferiore a 12 mesi, non sarà possibile disdettare il contratto che si rinnoverà per l'annualità completa successiva alla scadenza del primo periodo di copertura.

La Copertura Assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

La disdetta del contratto deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza della del periodo di copertura in corso.

Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare la Disdetta si faccia riferimento al successivo Art. 21.

5. in caso di esercizio del diritto di recesso;

ART. 6 – DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.), direttamente alla Compagnia o alla Banca di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

- **Fax: 02/21072250**
- **Indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A., in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Telefono 02/466275**

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite della Banca di Credito Cooperativo o direttamente dall'Assicurato, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Nel caso di recesso esercitato entro **30 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, **senza alcun onere a carico di quest'ultimo.**

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed **entro 60** giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia.**

La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

ART. 8 – PREMIO

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al Premio Annuale, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il Premio Annuale relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale e della rata assicurata.

L'importo di Premio Annuale (Parte Danni) si ottiene applicando il Tasso di Premio lordo, secondo quanto indicato nella Tabella sotto riportata, moltiplicato per l'Importo della rata mensile assicurata, scelta al momento della sottoscrizione dell'Adesione:

Status Occupazionale Assicurato	Tasso di Premio Lordo
Lavoratore Autonomo	7,92150%
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	46,1909%
Non Lavoratore Lavoratore Dipendente di Impresa familiare Key Man se Aderente Persona Giuridica	21,11377%

Tabella con opzioni di Rata/Capitale tra cui scegliere:

Capitale Assicurabile (per le garanzie Decesso e ITP)	Rata Mensile Assicurabile (per le garanzie PI, ITT, MG)
Da 10.000 a 15.000€	€ 200,00
Da 16.000 a 20.000€	€ 300,00
Da 21.000 a 40.000€	€ 400,00
Da 41.000 a 60.000€	€ 500,00
Da 61.000 a 80.000€	€ 600,00
Da 81.000 a 90.000€	€ 700,00
Da 91.000 a 100.000€	€ 800,00
Da 101.000 a 110.000€	€ 900,00
Da 111.000 a 300.000€	€ 1000,00

Il pagamento del Premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato tramite l'utilizzo di mandato SDD, versato direttamente sul CC della Società stessa.

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito tramite SDD.

ART. 10 - REGIME FISCALE

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

ART. 11 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario.

Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art. 21 – COMUNICAZIONI.

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio ove non comunicate alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini, previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.

Nel caso in cui la modifica della condizione occupazionale (anche nel caso di diminuzione del rischio) dell'Assicurato, benché comunicata, sia tale da comportare una variazione dei presupposti in base ai quali la copertura era stata pattuita, la Società provvederà, a far data dal ricevimento della comunicazione, a risolvere il contratto (Parte Danni) e alla restituzione del relativo premio pagato e non goduto al netto delle imposte secondo le modalità previste all'Art. 5.

Art. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o l'Intermediario, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui al precedente punto 1., unitamente alla documentazione del successivo punto.

**BCC Assicurazioni S.p.A.
c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL
Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)**

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo:

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

- copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;
- certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Perdita di Impiego (PI):

- copia di un documento di identità;
- copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);
- copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.

In caso di Malattia Grave (MG):

- copia di un documento di identità;
- attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Resta inteso che nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verifichino oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione. Resta inoltre inteso che, ove anche un Sinistro si verifichi prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione qualora il relativo periodo di Franchigia Relativa o Assoluta termini dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione.

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

Art. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione all'Assicurato;
- fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile da BCC Assicurazioni S.p.A;

ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra assicurato e contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE

I limiti territoriali delle singole garanzie offerte con la presente Polizza sono riportati negli articoli "Esclusioni" riferiti ad ogni specifica sezione: Art. 28 Esclusioni per il Caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Art. 33 Esclusioni per il Caso di Perdita di Impiego, Art. 37 Esclusioni per il Caso di Malattia Grave.

ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

ART. 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 21 – COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano,
Tel. 02 466275 Fax: 02 21072250

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 23 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A.
- servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo –
Lungadige Cangrande, 16 . 37126 Verona (Italia)
Fax: 02/21072280
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 24 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

ART. 25 – ALLEGATI

Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

ASSICURAZIONE INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del periodo di **Franchigia Assoluta pari a 30 giorni**.

Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 6 Rate Mensili**, e un massimo di **24 Rate mensili nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione**.

L'**Indennizzo massimo mensile** è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

ART. 27 – PERIODO DI CARENZA PER INABILITA' TOTALE TEMPORANEA

La copertura assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 60 Giorni** se causata da malattia: in questo caso, pertanto qualora l'Inabilità insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto**.

ART. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

- i. malattie tropicali o epidemiche;
- ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.

- v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ix. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a :

- i. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- ii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- iii. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- iv. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- v. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela, kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- vi. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni**, oppure a **90 giorni** se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 30 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla

residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione B

ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e/o Privati

ART. 31 – INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di **Franchigia Assoluta pari a 30 giorni**.

Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 6 Rate Mensili**, e un massimo di **24 Rate mensili nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione**.

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Disoccupazione.

ART. 27 – PERIODO DI CARENZA PER PERDITA DI IMPIEGO

La copertura assicurativa per Perdita di Impiego è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 90 Giorni**, pertanto qualora la Perdita di Impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto**.

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;

- alla Disoccupazione faccia immediatamente seguito il pensionamento o prepensionamento;
- al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- la Disoccupazione è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
- la Disoccupazione è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;
- l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni** consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai NON Lavoratori, ai Lavoratori Dipendenti di Impresa familiare o al Key Man di Persone Giuridiche

ART. 35 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

L'Indennizzo previsto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un **Indennizzo pari a 6 Rate Mensili**.

Sono indennizzabili sino a quattro Malattie Gravi dell'Assicurato (**24 Rate Mensili**), tra quelle elencate al successivo Art. 36, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

ART. 36 – PERIODO DI CARENZA PER MALATTIA GRAVE

La copertura assicurativa per Malattia Grave è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 60 Giorni**, pertanto qualora la Malattia Grave insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto**.

ART. 37 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

Per essere indennizzabile il Sinistro deve essere ascrivibile ad una delle Malattie Gravi definite successivamente:

1) Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

2) Cardiopatía Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare

Nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronarico.

3) Infarto Miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:

storia del dolore cardiaco tipico;
comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4) Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

5) Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.

E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 38 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

- i. malattie tropicali o epidemiche;
- ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato
- v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ix. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- x. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- xi. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- xii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Malattia Grave sia stata causata da o conseguente a:

- i. interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;
- ii. lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- iii. partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- iv. Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.

ART. 39 – DENUNCE SUCCESSIVE

Se il nuovo sinistro per Malattia Grave è causato dalla stessa patologia correlata alla precedente Malattia Grave che è stata causa del sinistro, lo stesso NON sarà indennizzabile. E' previsto un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi**, se il nuovo sinistro è causato da una diversa patologia, non correlata alla precedente.

ART. 40 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.



BCC Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE MONOANNUALE E A CAPITALE COSTANTE
(CODICE TARIFFA 4C44U)

Formula Reddito a Premio annuale New

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Modulo di proposta deve essere consegnato al Contraente, all'Aderente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
ED INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE MONOANNUALE E A CAPITALE COSTANTE
(CODICE TARIFFA 4C44U)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente e l'Aderente devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

- a) BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019. Codice fiscale 06868981009 e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 1714097;
- b) Sede Legale, Operativa e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono: 02466275; sito Internet: www.bccvita.it; indirizzo di posta elettronica: info@bccvita.bcc.it; indirizzo posta elettronica certificata bccvita@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002;
- e) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00143.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a 126 milioni di Euro (capitale sociale: 62 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 55 milioni di Euro).

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2015 risulta pari a 1,29 volte.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Elenco prestazioni assicurative previste dalla Convenzione Assicurativa Collettiva (garanzie Danni e Vita)

La Convenzione Collettiva offre le seguenti garanzie vita e danni:

Garanzie danni	<ul style="list-style-type: none">– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia (solo per lavoratori autonomi)– Perdita di Impiego (solo per lavoratori dipendenti di Enti Privati e lavoratori dipendenti di Enti Pubblici)– Malattia Grave (solo per non lavoratori, lavoratori dipendenti di impresa familiare, Key man)
Garanzie vita	<ul style="list-style-type: none">– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio e malattia– Morte

Le garanzie (prestazioni assicurative) vita sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo,

Le garanzie (coperture assicurative) danni sono invece disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo (Convenzione Danni).

3.2 Prestazioni assicurative (garanzie offerte) disciplinate dal presente Fascicolo Informativo

La durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa), relativamente al primo periodo di copertura, è pari alla frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione, riportata sul Modulo di Adesione, e l'01/09 successivo alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, al termine di ogni singolo periodo di copertura (01/09 di ogni anno), la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e all'art. 11 (Durata) delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto di assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- **Prestazione in caso di Decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
- **Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP):** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di invalidità totale permanente (di grado uguale o superiore al 60%) dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. Si intende colpito da ITP l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%. Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL e successive modificazioni ed integrazioni).

Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si invita l'Aderente a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del Questionario Sanitario.

4. Premi

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio annuale calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Il premio annuale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato ed all'età raggiunta dall'Assicurato al momento dell'ingresso in assicurazione o dei successivi rinnovi annuali.

Il premio da versare alla sottoscrizione viene calcolato *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura, riportata sul Modulo di Adesione e l'01/09 successivo alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, al termine di ogni singolo periodo di copertura (01/09 di ogni anno), la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e all'art. 11 – (Durata) delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

I premi vengono impiegati esclusivamente per la copertura dei rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di invalidità); pertanto, in caso di sopravvivenza o di non sopraggiunta ITP dell'Assicurato alla scadenza dei periodi di copertura, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

I costi espliciti gravanti sul premio annuale sono rappresentati nella tabella che segue:

Costi a carico dell'Assicurato (o dell'Aderente se non coincidente con l'Assicurato)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto) (*)
Cifra fissa pari a 10,00 Euro	0,00%	0,00 Euro
41,00 % del premio (al netto della cifra fissa)	92,68%	34,20 Euro

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio annuale pari a 100,00 Euro.

Avvertenza: in caso di disdetta del contratto, le coperture assicurative rimarranno operanti fino alla scadenza del periodo relativo all'ultimo premio pagato, cessando quindi alla loro data di naturale scadenza (01/09 successivo alla data di disdetta del contratto); tutti i premi pagati fino a quel momento rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Aderente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio versato.

Ogni eventuale onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Aderente.

I costi gravanti sul premio annuale sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
41,00% del premio (al netto della cifra fissa)

* * *

Nella tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo.

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sul premio	10,00 Euro	0,00%
	41,00% del premio (al netto della cifra fissa)	92,68%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente.

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

8. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.

10. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Aderente il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Aderenti, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

11. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e dei termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua

Il contratto, ogni documento al medesimo allegato e le comunicazioni in corso di contratto vengono redatti in lingua italiana.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail reclami@bccvita.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – Fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

15. Comunicazioni del Contraente e dell'Aderente alla Compagnia

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

16. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di BCC Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni. La Compagnia può trovarsi in possibili situazioni di conflitti di interesse in tutte le situazioni che implicano rapporti con Società del Gruppo o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

La Compagnia è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo; tali procedure prevedono il coinvolgimento delle funzioni operative e di controllo della Compagnia nonché il monitoraggio periodico da parte del Consiglio di Amministrazione.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.

BCC Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

Carlo Barbera



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE MONOANNUALE E A CAPITALE COSTANTE (CODICE TARIFFA 4C44U)

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio annuale.

La Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato o di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato stesso nel corso della durata contrattuale, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato così come definito all'Art. 6.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte ed in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- qualora il capitale assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro è richiesta la sola compilazione e la sottoscrizione del Questionario Sanitario;
- qualora il capitale assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro ed inferiore o uguale a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico.

In entrambi i casi sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.

Nel caso di mancata sottoscrizione della documentazione richiesta, il presente contratto non produrrà effetti.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare, un importo pari al premio annuale calcolato, secondo le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Le garanzie rimangono in vigore fintanto che il premio venga regolarmente corrisposto.

Il rischio morte e il rischio ITP è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Aderenti.

Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella Scheda Convenzione.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Aderente produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno in cui il Modulo di Adesione è sottoscritto da parte dell'Aderente, sempre che sia stato pagato il premio. Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Aderenti, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Art. 4 – Il premio.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare, un importo pari al premio annuale calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Il premio annuale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, ed all'età raggiunta dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o dei successivi rinnovi annuali.

Il premio da versare alla sottoscrizione viene calcolato *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura, riportata sul Modulo di Adesione e l'01/09 successivo alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, al termine di ogni singolo periodo di copertura (01/09 di ogni anno), la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e all'art. 11 (Durata) delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta.

La disdetta del contratto si esercita entro 30 giorni antecedenti la data di scadenza del periodo di copertura in corso mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A., Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia.

Qualora il primo periodo di copertura assicurativa fosse inferiore a 12 mesi, non sarà possibile disdire il contratto che si rinnoverà per l'annualità completa successiva alla scadenza del primo periodo di copertura.

In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative rimarranno operanti fino alla scadenza del periodo relativo all'ultimo premio pagato, cessando quindi alla loro data di naturale scadenza (01/09 successivo alla data di disdetta del contratto); tutti i premi pagati fino a quel momento rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

I premi vengono impiegati esclusivamente per la copertura dei rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di invalidità); pertanto, in caso di sopravvivenza o di non sopraggiunta ITP dell'Assicurato alla scadenza dei periodi di copertura, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

Il pagamento dei premi avviene presso la Banca dell'Aderente, se convenzionata con la Compagnia, attraverso SDD (Sepa Direct Debit).

L'Aderente ha la facoltà di modificare la Banca o il conto corrente di appoggio, purché le nuove coordinate di conto si riferiscano ad una Banca convenzionata con la Compagnia.

Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente di appoggio, l'Aderente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

La Compagnia provvederà a fornire all'Aderente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio successive.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente, dell’Aderente e/o dell’Assicurato.

Il Contraente, l’Aderente e/o l’Assicurato hanno l’obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

- A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L’ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente, all’Aderente e/o all’Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l’inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
 - di trattenere il premio.
- B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L’ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente, all’Aderente e/o all’Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l’inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l’Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell’assicurazione;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Art. 6 – Capitale assicurato.

Il capitale assicurato è costante ed è indicato nel Modulo di Adesione.

Per ciascun Assicurato il capitale assicurato costante deve rispettare i seguenti limiti:

- il capitale minimo assicurabile è pari a 10.000,00 Euro;
- il capitale massimo assicurabile è pari a 300.000,00 Euro.

L’importo del capitale assicurato costante che può essere scelto dall’Aderente deve essere compreso tra i due suddetti limiti, e deve essere multiplo di 1.000,00 Euro.

Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l’Assicurato e la Compagnia, è pari a 300.000,00 Euro.

Qualora l’Aderente sia una persona giuridica, il capitale massimo assicurabile complessivo non potrà comunque essere superiore a 600.000,00 Euro, fermo restando il limite di 300.000,00 Euro come capitale assicurato massimo per singolo Assicurato.

Art. 7 – Rischio morte ed Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e Malattia – Esclusioni e limitazioni della garanzia.

Art. 7.1 Rischio Morte - ESCLUSIONI

È esclusa dall’oggetto dell’Assicurazione la morte causata da:

1. partecipazione attiva dell’Assicurato a delitti dolosi;
2. partecipazione attiva dell’Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
3. guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
4. suicidio dell’Assicurato o atti di autolesionismo dell’Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell’Assicurato all’Assicurazione Collettiva;
5. trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
6. etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l’uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell’Assicurato;
7. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a

- livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dai trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
8. volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
 9. infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
 10. malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
 11. dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;

Art. 7.1.1 Condizioni di Carezza

Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 90 giorni dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 90 giorni dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A. – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Per quanto riguarda l'Invalidità Totale e Permanente, la Compagnia liquiderà il capitale di cui al precedente Art. 6, a condizione che:

- a) l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
- b) l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta dagli Enti Preposti entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- c) **in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del periodo di carezza di 90 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell' Art. 11;**
- d) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;
- e) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 7.2.

Art. 7.2 Rischio Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia - ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

1. **malattie tropicali o epidemiche;**
2. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
3. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
4. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.**
5. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**

6. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
7. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
8. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
9. Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
10. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare
11. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:

- a. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- c. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte e per il caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia.

Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- alla data di compimento da parte dell'Assicurato del 75-esimo anno di età;
- alla data di scadenza naturale successiva alla disdetta del contratto (01/09 successivo alla data di disdetta del contratto);

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

Art. 9 – Costi.

Art. 9.1 – Costi sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuale corrisposto.

Ogni eventuale onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Aderente.

I costi gravanti sul premio annuale sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
41,00% del premio (al netto della cifra fissa)

Nella tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo.

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sul premio	10,00 Euro	0,00%
	41,00% del premio (al netto della cifra fissa)	92,68%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

Risultano ammissibili all'assicurazione le persone fisiche e giuridiche che:

- siano correntisti delle Banche di Credito Cooperativo (in caso di persone giuridiche, l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente come: Amministratore Delegato, Proprietario, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale);
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 74 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove previsto, il rapporto di visita medica.

Avvertenza: Resta inteso che la Compagnia ha diritto:

- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**
- **di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.**

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, al raggiungimento dell'età di 75 anni (non compiuti).

Unicamente nel caso di sottoscrizione da parte di persona giuridica, qualora nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa la persona fisica designata dall'Aderente dovesse perdere i requisiti previsti dal presente contratto, ovvero non ricoprire più, per l'Azienda, il ruolo di amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale, la sua posizione rimarrà attiva e l'Aderente potrà comunque denunciare il sinistro alla Compagnia che provvederà a liquidarlo anche se l'Assicurato non ricopra più uno dei ruoli indicati nell'azienda.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del cod. civ..

Art. 11 – Durata.

La durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa), relativamente al primo periodo di copertura, è pari alla frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione, riportata sul Modulo di Adesione, e l'01/09 successivo alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, al termine di ogni singolo periodo di copertura (01/09 di ogni anno), la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) delle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta.

La disdetta del contratto si esercita entro 30 giorni antecedenti la data di scadenza del periodo di copertura in corso mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A., Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia.

Qualora il primo periodo di copertura assicurativa fosse inferiore a 12 mesi, non sarà possibile disdettare il contratto che si rinnoverà per l'annualità completa successiva alla scadenza del primo periodo di copertura.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità,

La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 12 – Conflitto di interessi.

Il presente contratto è un prodotto di BCC Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni. La Compagnia può trovarsi in possibili situazioni di conflitti di interesse in tutte le situazioni che implicano rapporti con Società del Gruppo o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

La Compagnia è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo; tali procedure prevedono il coinvolgimento delle funzioni operative e di controllo della Compagnia nonché il monitoraggio periodico da parte del Consiglio di Amministrazione.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.

Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Aderente:

- richiesta sottoscritta dall'Aderente.

In caso di decesso:

- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

L'Intermediario, e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

In caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia:

Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'ITP.

La denuncia va accompagnata dai documenti giustificativi dell'ITP dell'Assicurato ed inviata mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La documentazione da fornire comprende:

- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- nel caso in cui Beneficiario sia soggetto diverso dall'Assicurato, fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente sul quale andrà liquidata la polizza, qualora diverso dal Beneficiario;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- eventuale certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 60%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.

Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 60% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 60% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.

Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 60%, ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 60%, la Compagnia accerta l'ITP.

In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.

Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta l'ITP, entro 30 giorni dalla data di accertamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato e/o dei Beneficiari.

Qualora l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.

Se l'Aderente è persona fisica, in caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

In caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, Beneficiario è l'Assicurato stesso.

Se l'Aderente è persona giuridica, in caso di morte e di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, Beneficiario è l'Azienda Aderente.

L'Aderente può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 16 – Foro competente.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Aderente o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 17 – Prescrizione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 18 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS 30 GIUGNO 2003 N. 196

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato Codice Privacy) ed in relazione ai dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento (di seguito denominati cumulativamente i Dati), La/Vi informiamo di quanto segue:

1 - TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è BCC Vita S.p.A. con sede in Milano (20143), Largo Tazio Nuvolari, 1 in persona del suo legale rappresentante *pro-tempore*, reperibile per qualunque questione attinente il trattamento stesso, nonché per l'esercizio dei diritti di cui al successivo articolo 9, all'indirizzo di seguito riportato: Funzione Privacy di Gruppo, presso Società Cattolica di Assicurazione in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 – Verona (VR), oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it. L'elenco dei soggetti responsabili del trattamento dei Dati (cfr. punto 3, lett c) e delle società a cui potranno essere comunicati [cfr. punto 6 lettere a) e b)] possono essere agevolmente consultati da chiunque ne abbia interesse presso la sede di BCC Vita S.p.A..

2 - FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è finalizzato all'espletamento da parte di BCC Vita S.p.A. della conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui BCC Vita S.p.A. è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sempre nell'ambito delle c.d. "finalità assicurative" di trattamento descritte nella Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9;
- b) può anche essere finalizzato allo svolgimento, da parte di BCC Vita S.p.A. o di altre Società facenti parte del medesimo Gruppo, di attività di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di BCC Vita S.p.A. stessa.

3 - MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) avviene con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli interessati i prodotti e le informazioni da loro richiesti, in particolare è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'articolo 4, comma 1 del Codice Privacy: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità /confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto anche mediante l'uso del fax, del telefono cellulare o fisso, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. BCC Vita S.p.A. utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero, come meglio specificato al successivo punto 6;
- d) per l'offerta di taluni servizi, è svolto sia direttamente dall'organizzazione di BCC Vita S.p.A. che da soggetti esterni a tale organizzazione, in qualità di responsabili (cfr. precedente punto 1) e/o incaricati del trattamento, ovvero da soggetti terzi, in qualità di titolari autonomi di trattamento, cui i dati vengono comunicati per la corretta esecuzione del contratto (cfr. successivo punto 6).

4 - CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a Legge, Regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio), con riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera a);
- b) facoltativo, con riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera a);
- c) facoltativo, con riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera b).

5 - RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i Dati o di prestare il consenso al trattamento:

- a) nei casi di cui al punto 4, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 4, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere.

6 - COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I Dati possono essere comunicati - per finalità di cui al punto 2, lett. a), ovvero in forza di specifici obblighi di legge - ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica, che operano – nel territorio dell'Unione Europea – come autonomi titolari e che costituiscono la c.d. "catena assicurativa". Un elenco di tali soggetti viene di seguito riportato:
- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito); autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli;
 - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
 - società del Gruppo a cui appartiene BCC Vita S.p.A. (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge);
 - ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 - Roma);
 - nonché altri soggetti, quali: UIF – Unità di Formazione Finanziaria (Largo Bastia, 35 - Roma), in ottemperanza al D. Lgs. n. 231/2007, concernente la prevenzione e l'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), INPDAI (Viale delle Provincie, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.;C.C.;G.d.F.;VV.FF; VV.UU.) ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria;
- b) inoltre i Dati possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2, lett. b), a Società del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge).

7 - DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

8 - TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Con riferimento ad entrambe le finalità di cui all'articolo 2, i Dati possono essere trasferiti verso paesi dell'Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea. Con particolare riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, lettera b), nel momento in cui l'interessato rilascerà il suo consenso sottoscrivendo l'apposito modulo, tale consenso servirà anche per autorizzare, sempre per le medesime finalità, il trasferimento dei Dati al di fuori del territorio dell'Unione Europea. Pertanto, se l'interessato non desidera che tale trasferimento non venga effettuato, è necessario che non acconsenta al trattamento dei dati per finalità di cui all'articolo 2, lettera b).

9 - DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'articolo 7 del Codice Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile, di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica, delle finalità e modalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, gli interessati si potranno rivolgere alla Funzione Privacy di Gruppo, presso Società Cattolica di Assicurazione in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 – Verona (VR), oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

GLOSSARIO

Adeguata verifica della clientela	<p>L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.</p> <p>Tale attività prevede i seguenti adempimenti:</p> <ol style="list-style-type: none">a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:<ul style="list-style-type: none">❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
Aderente	La persona fisica o giuridica che può coincidere o no con il Beneficiario o con l'Assicurato e che sottoscrive il Modulo di Adesione
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.
Assicurato	La Persona Fisica per la quale valgono le coperture assicurative ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto; nel caso di Aderente Persona Giuridica l'Assicurato coincide con la persona fisica designata dall'Aderente che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).
Assicurazione	La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato o degli Assicurati che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione.
Beneficiario	L'Assicurato o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi. Nel caso in cui l'Aderente sia persona giuridica, il Beneficiario coincide con l'Azienda Aderente.
Capitale in caso di decesso	Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
Capitale in caso di invalidità permanente totale	Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale che ha come conseguenza un'invalidità permanente totale dello stesso.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Compagnia	Vedi "Società".
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.
Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato/Aderente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato/Aderente forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato/Aderente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> è una normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata ha effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (<i>Internal Revenue Service - IRS</i>).
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> – Nota Informativa; – Condizioni di Assicurazione, – Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.

Infortunio	<p>Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.</p> <p>Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e della malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.</p>
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Invalidità Totale Permanente	La perdita totale definitiva, a seguito di infortunio o malattia, della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. L'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio o malattia è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute.
ISVAP	Vedi "IVASS"
IVASS (ex ISVAP)	<p>L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.</p> <p>Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.</p> <p>Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".</p>
Key Man	La persona fisica, designata come Assicurato dall'Azienda Aderente che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale.
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Modulo di adesione	Il modulo sottoscritto dall'Aderente e da ciascuno degli Assicurati contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito. Data di decorrenza indicata nel modulo di adesione, a condizione che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sovrapremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).



BCC Vita S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bccvita@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 06868981009 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1714097 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 62.000.000,00 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29/05/2002 Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7/06/2002 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona

www.bccvita.it

**Modulo di Proposta
Garanzia Vita
FORMULA REDDITO A PREMIO ANNUALE New**

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente nella presente proposta, corrisponde le prestazioni specificate nel Fascicolo Informativo.

CONTRAENTE		
Ragione sociale	Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Sottogruppo	Ramo attività	
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
ASSICURANDO		
Soggetto indicato al momento della singola Adesione all'Assicurazione collettiva		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE		
Cognome e nome:	Codice fiscale:	
Comune di nascita:	Data di nascita:	Sesso:
Indirizzo:	Provincia:	C.A.P.
Comune:	CAB Comune	Cod. paese
DATI TECNICI DI POLIZZA		
Data di decorrenza	Scadenza	
Capitale assicurato:	Come indicato in ogni singolo Modulo di Adesione	
Tipo di premio: Annuale	Premio versato: Determinato come disciplinato all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione	
Costi		
DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.		

Luogo e data:

BCC VITA S.p.A
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Il Contraente si impegna a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario sanitario. In particolare, la Compagnia ha diritto:

- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;

- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 02/21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI) - Italia. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data.

BCC VITA S.p.A.
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)



Direzione Generale

Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano
telefono 02 466275 - fax 02 89078949

www.bccvita.it

e-mail: info@bccvita.bcc.it



INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella *home page* del sito *internet* della Compagnia.