GRUPPO BPMVITA

per te ci siamo noi

CPI PRESTITI PERSONALI

Banche e Aziende

Credit Protection a premio unico di tipo collettivo e facoltativo

Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
la nota informativa.

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario la Proposta di Adesione deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della Proposta di Adesione.

BPM VITA S.p.A. – BPM ASSICURAZIONI S.p.A.
Gruppo BPMVITA

Fascicolo Informativo
CPI PRESTITI PERSONALI BANCHE e AZIENDE

SOMMARIO

Nota Informativa Bipiemme Vita S.p.A.

Nota Informativa Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Glossario

Condizioni di Assicurazione

PREMESSA

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

Informativa sul trattamento dei dati personali

MODULO DI ADESIONE (fac-simile)

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto nel mese di maggio 2018 e i dati in esso contenuti sono aggiornati a maggio 2018.

Nota Informativa Bipiemme Vita S.p.A.

(Redatta ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n.35 del 26 maggio 2010)

POLIZZA COLLETTIVA n° 2252
CPI PRESTITI PERSONALI BANCHE e AZIENDE

Contratto di Assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte, ad adesione facoltativa, a copertura del debito residuo di un Prestito Personale erogato da ProFamily S.p.A. e collocato dalla Banca intermediaria ai propri clienti o da ProFamily S.p.A. ai dipendenti delle aziende convenzionate.

Copertura Vita: Decesso

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.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

A. **INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
B. **INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE**
C. **INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE**
D. **ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Bipiemme Vita S.p.A. è la Società Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 045.

Bipiemme Vita S.p.A. appartiene al Gruppo Covéa ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle SGAM.

Sede legale e direzione generale:	via del Lauro, 1 - 20121 Milano - Italia
Recapito telefonico:	02 -77.00.24.05
Sito internet:	www.bipiemmevita.it
Indirizzo di posta elettronica:	info.generale@bpmvita.it
Indirizzo di posta elettronica certificata:	bipiemmevita@pec.it

Bipiemme Vita S.p.A. è stata autorizzata dall'IVASS all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. 17/3/1994 (G.U. n. 68 del 23/03/1994) esteso con provvedimenti ISVAP n. 1208 del 07/07/1999 (G.U. n. 164 del 15/07/1999) e n. 2023 del 24/01/02 (G.U. n. 31 del 06/02/2002).

Bipiemme Vita S.p.A. è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00116.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Sulla base dei dati relativi all'ultimo bilancio approvato alla data di redazione del presente fascicolo, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto di Bipiemme Vita S.p.A. è pari a € 289.668.148 di cui il capitale sociale ammonta a € 179.125.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 84.831.447.
Si rammenta che a seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi ratio patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement Ratio calcolato sulla base dei dati ad oggi disponibili è pari a 391,7%, mentre il Minimum Capital Requirement Ratio è pari a 870,4%.
Il Solvency Capital Requirement (SCR) deve riflettere e misurare il livello di capitale che consente all'impresa di assicurazione di assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole sicurezza agli assicurati. Rappresenta il capitale che deve esser detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza (un anno e 140%).
Il Minimum Capital Requirement (MCR) rappresenta il livello di capitale minimo al di sotto del quale l'operatività di un'impresa assicurativa presenta un rischio inaccettabile per gli assicurati, tale da rendere necessari interventi di Vigilanza più gravi.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con la Compagnia. Non esiste obbligo in capo all'Assicurato della sua sottoscrizione al fine di ottenere il finanziamento alle condizioni proposte.

La durata del Contratto è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del rapporto di finanziamento tra l'Assicurato e la Contraente e **non può comunque essere superiore a 120 (centoventi) mesi né inferiore a 12 (dodici) mesi.**

Di seguito si riporta il dettaglio della garanzia offerta:

- **DECESSO**: nel caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di copertura del rischio, Bipiemme Vita S.p.A. corrisponde ai Beneficiari una prestazione pari al debito residuo, in linea capitale, al momento del sinistro, secondo il piano di rimborso originario. La garanzia è regolamentata all'ART. 19 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

  Si sottolinea che agli effetti delle Condizioni di Assicurazione nessuna prestazione è dovuta qualora tale evento non si sia verificato durante il periodo di copertura; i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia in corrispettivo del rischio corso.

→ ***AVVERTENZA***

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa.

4. Premio

Le coperture assicurative vengono prestate dietro il pagamento di un premio unico anticipato
Il premio, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione ed il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, **è incluso nel capitale finanziato; per i dettagli si rimanda all'ART. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Un'illustrazione dettagliata dei costi a carico dell'Assicurato – unitamente all'indicazione degli importi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del contratto, nonché la quota parte riconosciuta alla Contraente in qualità di Intermediario – è riportata al successivo punto 6.

→ ***AVVERTENZA***
In caso di estinzione anticipata totale del finanziamento o del suo trasferimento, la Compagnia restituirà la parte di premio pagata relativa al periodo residuo per il quale il rischio di decesso è cessato. In alternativa a quanto sopra, l'Assicurato ha facoltà di richiedere, all'atto dell'estinzione o del trasferimento del finanziamento, che venga mantenuta in essere la copertura assicurativa per il rischio da decesso.
In caso di estinzione anticipata parziale del Prestito Personale, l'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è diminuito.
Per i dettagli si rinvia all'ART. 9 e all'ART. 10 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il contratto qui descritto non prevede partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi gravanti sul premio

Il Contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico dell'Assicurato:
Spese di emissione: il Contratto prevede un costo di emissione pari a € 5.
Costi di rimborso del premio: tale costo è pari a € 12,50.

Caricamenti (ossia la parte di Premio trattenuta dalla Compagnia per far fronte ai costi relativi all'acquisizione e alla gestione del contratto)	56,21% del premio

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dagli Intermediari:

Quota parte dei costi percepiti in media dall'Intermediario	74,10%

7. Sconti

Il Contratto descritto nella presente Nota Informativa non prevede sconti.

8. Regime fiscale

Al Contratto si applica il trattamento fiscale italiano.
I premi dei Contratti di Assicurazione sulla vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. In termini generali, i premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte, invalidità permanente non inferiore al 5% o non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dalla vigente normativa fiscale. Qualora soltanto una componente del premio pagato per l'assicurazione risulti destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente con riferimento a tale componente.
Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'ART. 7 della Parte I delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza della copertura assicurativa.

10. Riscatto e riduzione

→ ***AVVERTENZA***

I premi versati servono esclusivamente alla copertura del rischio di decesso dell'Assicurato nell'arco della durata contrattuale, quindi il Contratto qui descritto non prevede né un valore di riscatto né un valore di riduzione.

11. Revoca della richiesta di adesione alla Polizza Collettiva

Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa l'Assicurato ha sempre la facoltà di revocare la propria richiesta di adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

12. Diritto di recesso

→ ***AVVERTENZA***

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui lo stesso è concluso.
L'Assicurato può recedere inoltre dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.
I termini e le modalità per esercitare tale diritto sono indicati all'ART. 11 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

13. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La Compagnia esegue il pagamento delle somme dovute per il decesso dell'Assicurato previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'ART. 25.1 della Parte II delle Condizioni di Assicurazione.
I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 10 (dieci) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Decorso tale termine, la prestazione derivante dal Contratto dovrà essere devoluta da parte della Compagnia allo specifico Fondo, istituito in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Legge n. 255 del 23.12.2005 e successive modificazioni e integrazioni).

Si rammenta che ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione) ha istituito un servizio gratuito che consente di verificare, in caso di decesso di un familiare, l'eventuale esistenza di una polizza di assicurazione.

La richiesta di informazioni deve essere inviata, utilizzando i moduli predisposti dall'Associazione e scaricabili direttamente dal sito internet www.ania.it, a:

A N I A
Servizio Ricerca Coperture Assicurative Vita
Via di San Nicola da Tolentino, 72 - 00187 Roma
Fax: 06.32.10.793
Indirizzo di posta elettronica: ricerca_vita@ania.it

14. Legge applicabile al contratto

Al Contratto si applica la Legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il Contratto ed ogni documento inerente vengono redatti in lingua italiana.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia e precisamente a:

Bipiemme Vita S.p.A.
Gestione Reclami
Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO
Fax 02.85.96.44.40
Indirizzo e-mail: reclami@bpmvita.it

Coloro i quali siano in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata possono inviare eventuali reclami anche all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia: bipiemmevita@pec.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale 21 – 00187 Roma,
Fax 06.42.13.32.06

Utilizzando il Modulo predisposto dall'Istituto (scaricabile al seguente link: http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf) e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia ovvero:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo: tutela.consumatore@pec.ivass.it
In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

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.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Qualora una delle parti del Contratto descritto nella presente Nota informativa intenda agire in giudizio per una controversia avente ad oggetto gli obblighi contrattuali dovrà preliminarmente esperire la procedura di mediazione obbligatoria prevista dal D. Lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

In tal caso la richiesta di mediazione, depositata presso uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia, dovrà essere fatta pervenire a:

Bipiemme Vita S.p.A.
Servizio Legale e Societario
Via del Lauro 1, - 20121 Milano

anche a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo: bipiemmevita@pec.it

17. Comunicazioni alla Compagnia

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia nel caso di aggravamento del rischio così come disciplinato all'ART. 5 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

18. Conflitto di interessi

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che il Contratto descritto nella presente Nota informativa è promosso e distribuito da società appartenenti al Gruppo Bancario Banco BPM.

I soggetti distributori hanno, direttamente o indirettamente, un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto, sia in virtù della partecipazione detenuta da Banco BPM S.p.A. nel capitale sociale di Bipiemme Vita S.p.A., sia perché percepiscono, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte delle commissioni che Bipiemme Vita S.p.A. trattiene dai premi versati.

Si precisa che Bipiemme Vita S.p.A., nell'adempimento dei propri obblighi derivanti dal contratto, anche in presenza di conflitto di interesse, opera in modo da non arrecare pregiudizio agli Assicurati.

La Compagnia dispone di una propria politica e di procedure operative atte a individuare e a gestire le situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo.

19. Informazioni sull'area riservata del sito internet della Compagnia

Il Contraente può accedere, gratuitamente e da qualsiasi postazione internet, a un'apposita Area Riservata del sito internet della Compagnia all'interno della quale sarà possibile consultare alcune informazioni concernenti la propria posizione assicurativa, tra cui:

- le coperture assicurative in essere;
- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- lo stato dei pagamenti dei premi.

Il Contraente può accedere all'Area Riservata direttamente dalla home page del sito internet: www.bipiemmevita.it , dove in un'apposita sezione può registrarsi inserendo il codice fiscale, un numero di polizza attiva, un indirizzo e-mail di riferimento, una username ed esprimendo il consenso al trattamento dei dati e all'eventuale attivazione dei messaggi pubblicitari sul proprio profilo.

Al termine della registrazione il Contraente riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa.

Nel caso di sottoscrizione di contratti in forma collettiva in cui gli Aderenti/Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono portatori di un interesse alla prestazione, l'accesso all'Area Riservata è consentito anche agli stessi.

Bipiemme Vita garantisce la tutela della riservatezza e la protezione dei dati e delle informazioni rese disponibili nell'Area Riservata.

Si precisa che per la consultazione degli aggiornamenti alla presente Nota Informativa non derivanti da innovazioni normative, è possibile consultare il sito internet di Bipiemme Vita S.p.A. www.bipiemmevita.it

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

L'Amministratore Delegato
François Josse

Nota Informativa Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

(Redatta ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n.35 del 26 maggio 2010)

POLIZZA COLLETTIVA n° 10000000186
CPI PRESTITI PERSONALI BANCHE e AZIENDE

Contratto di Assicurazione collettiva, ad adesione facoltativa, abbinato ad un Prestito Personale erogato da ProFamily S.p.A. e collocato dalla Banca intermediaria ai propri clienti o da ProFamily S.p.A. ai dipendenti delle aziende convenzionate.

Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Perdita Involontaria d'Impiego - Ricovero Ospedaliero.

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

A. **INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
B. **INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**
C. **INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**
D. **ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita anche la "Compagnia"), società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il n. 045, a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia. Telefono (+39) 02 72235.081 - Fax (+39) 02 72235.080 - Sito internet www.bpmassicurazioni.it - Indirizzo di posta elettronica info@bpmassicurazioni.it
Indirizzo di posta elettronica certificata: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Sulla base dei dati relativi all'ultimo bilancio approvato alla data di redazione del presente fascicolo, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 26.701.078 di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 1.047.112.

Si rammenta che a seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi *ratio* patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement ratio è pari al 197,13%, mentre il Minimum Capital Requirement Ratio è pari al 788,50%.
Il Solvency Capital Requirement (SCR) deve riflettere e misurare il livello di capitale che consente all'impresa di assicurazione di assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole sicurezza agli assicurati. Rappresenta il capitale che deve esser detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza.
Il Minimum Capital Requirement (MCR) rappresenta il livello di capitale minimo al di sotto del quale l'operatività di un'impresa assicurativa presenta un rischio inaccettabile per gli assicurati, tale da rendere necessari interventi di Vigilanza più gravi.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

→ ***AVVERTENZA***

Il Contratto di Assicurazione non prevede il tacito rinnovo e le coperture assicurative cessano nei casi previsti all'ART. 7.3 Parte I - "Durata e Termine del contratto" delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con la Compagnia; non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il finanziamento alle condizioni proposte.

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

- PACCHETTO 1, acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Lavoratori dipendenti privati.
  Garanzie danni presenti: Invalidità totale Permanente – Perdita Involontaria d'Impiego.
- PACCHETTO 2, acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Lavoratori dipendenti pubblici o Lavoratori autonomi.
  Garanzie danni presenti: Invalidità totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale.
- PACCHETTO 3, acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Non Lavoratori.
  Garanzie danni presenti: Invalidità totale Permanente – Ricovero Ospedaliero.

Le garanzie di ogni pacchetto sono vendute solo congiuntamente.

Di seguito si riporta il dettaglio delle garanzie offerte:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**: Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato verificatosi durante il periodo di validità della copertura assicurativa, da cui ne derivi la perdita accertata, definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, di grado pari o superiore al 60% della totale, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde, a postumi stabilizzati, una prestazione pari al debito residuo in linea capitale alla data del sinistro, secondo il piano di rimborso originario. La garanzia è regolamentata all'ART. 20, della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE, ART. 6 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO
Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 20.1 – Oggetto della copertura, ART. 24.2 – Esclusioni relative alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 20.2 – Limiti di indennizzo, ART. 20.3 – Criteri di indennizzabilità, ART. 20.4 – Carenza
Di seguito si riporta un esempio.

ESEMPIO		
IMPORTO DEL FINANZIAMENTO	€ 20.000	
N° INTESTATARI DEL FINANZIAMENTO/ASSICURATI	1	
DEBITO RESIDUO (alla data del sinistro)	€ 13.000	
POSTUMI DA INVALIDITÀ PERMANENTE (stabilizzati)	60%	50%
INDENNIZZO	**€ 13.000**	**NESSUNO[1]**

[1] L' Invalidità Totale Permanente accertata è inferiore alla franchigia, non si darà luogo ad alcun indennizzo

- **PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO**: nel caso di perdita involontaria d'impiego dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde un indennizzo pari alla somma delle rate mensili risultanti dal piano di rimborso originario e che hanno scadenza durante il restante periodo di disoccupazione stessa.

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

***Parte I* – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE, ART. 6 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO**
***Parte II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 21.1 – Oggetto della copertura, ART. 24.3 – Esclusioni relative alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego.**

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
***Parte II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 21.2 – Limiti di indennizzo, ART. 21.3 – Carenza, ART. 21.4 – Franchigia**
Di seguito si riporta un esempio.

ESEMPIO	
EVENTO	**INDENNIZZO**
PERDITA D'IMPIEGO PER DIMISSIONI DEL DIPENDENTE	NESSUNO
PERDITA D'IMPIEGO DURANTE IL PERIODO DI CARENZA	NESSUNO
PERDITA D'IMPIEGO PER CHIUSURA DELL'AZIENDA E SUCCESSIVA AL PERIODO DI CARENZA DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	Liquidazione delle rate mensili in scadenza, nel perdurare dello stato di disoccupazione, fino ad un massimo di[1]: □ 12 (dodici) rate mensili del finanziamento per singolo sinistro, con il limite di € 2.000 (duemila) per singola rata; □ 24 (ventiquattro) rate mensili del finanziamento per l'intera durata contrattuale.

[1]La garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 30 –trenta– giorni.

- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**: nel caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde un indennizzo pari all'importo delle rate mensili risultanti dal piano di rimborso originario e che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa. La garanzia è regolamentata all'ART. 22 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
***Parte I* – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE, ART. 6 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO**

***Parte II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 22.1 – Oggetto della copertura, ART. 24.2 – Esclusioni relative alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.**

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
***Parte II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 22.2 – Limiti di indennizzo, ART. 22.3 – Carenza, ART. 22.4 – Franchigia**
Di seguito si riporta un esempio.

ESEMPIO	
EVENTO	**INDENNIZZO**
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO **PARI A 24** (VENTIQUATTRO) GIORNI	NESSUNO[1]
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA **PARI A 35** (TRENTACINQUE) - 2 GIORNI DI RICOVERO (Inabilità successiva al periodo di carenza pari a 30 -trenta- giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa e decorso il periodo di franchigia pari a 30 -trenta- giorni)[2]	Liquidazione delle rate mensili in scadenza, nel periodo dell'inabilità, con il limite di € 2.000 (duemila) per singola rata, fino ad un massimo di: ▪ 12 (dodici) rate mensili del finanziamento per singolo sinistro; ▪ 24 (ventiquattro) rate mensili del finanziamento per l'intera durata contrattuale.

[1] Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia. Si precisa che nel caso di inabilità dovuta ad infortunio, la Compagnia non applica i 30 -trenta- giorni di carenza

[2] Si precisa che qualora l'inabilità avvenga in un periodo successivo alla carenza e la diagnosi della malattia rientra nei primi 30 -trenta- giorni di vigenza del Contratto il sinistro non è comunque indennizzabile per via della franchigia, presente sia che il sinistro avvenga per malattia che per infortunio

- **RICOVERO OSPEDALIERO:** nel caso in cui l'Assicurato sia ricoverato, a seguito di infortunio o malattia, presso un Istituto di Cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde un indennizzo pari all'importo della rata mensile in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, così come risultante dal piano di rimborso originario. La garanzia è regolamentata all'ART. 23 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
***Parte I* – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE, ART. 6 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO**

***Parte II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 23.1 – Oggetto della copertura, ART. 24.2 – Esclusioni relative alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.**

→ ***AVVERTENZA***

La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
***Parte II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 23.2 – Limiti di indennizzo, ART. 23.3 – Carenza, ART. 23.4 – Franchigia**
Di seguito si riporta un esempio.

ESEMPIO	
EVENTO	**INDENNIZZO**
RICOVERO OSPEDALIERO **PARI A 6** (SEI) GIORNI	NESSUNO[1]
RICOVERO OSPEDALIERO (per malattia) **PARI A 12** (DODICI) GIORNI (Ricovero successivo ai 60 -sessanta- giorni di carenza dalla data di decorrenza della copertura assicurativa)	Liquidazione delle rate mensili in scadenza, nel periodo dell'inabilità, con il limite di € 2.000 (duemila)per singola rata, fino ad un massimo di: ▪ 12 (dodici) rate mensili del finanziamento per singolo sinistro; ▪ 24 (ventiquattro) rate mensili del finanziamento per l'intera durata contrattuale.
[1] Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia	

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

→ ***AVVERTENZA***

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'ART. 2 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

→ ***AVVERTENZA***

Le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla Legge.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia nel caso di aggravamento del rischio così come disciplinato all'ART. 5 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

6. Premi

Le coperture assicurative vengono prestate dietro il pagamento di un premio unico e anticipato.

Il premio, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione ed il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, **è incluso nel capitale finanziato; per i dettagli si rimanda all'ART. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Un'illustrazione dettagliata dei costi a carico dell'Assicurato – unitamente all'indicazione degli importi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del contratto, nonché la quota parte riconosciuta alla Contraente in qualità di Intermediario – è riportata al successivo punto 6.1 della presente Nota Informativa attraverso apposite tabelle esemplificative.

6.1 Costi gravanti sul premio

Il Contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico dell'Assicurato:
Spese di emissione: il Contratto prevede un costo di emissione pari a € 5.
Costi di rimborso del premio: tale costo è pari a € 12,50.
Costo percentuale: il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di premio, è pari alla seguente percentuale:

COSTO %
55,01%

Il costo è calcolato sul premio unico anticipato al netto delle imposte.

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dagli Intermediari:

QUOTA PARTE PERCEPITA DAGLI INTERMEDIARI
84,44%

Di seguito si riporta un esempio relativo alle prestazioni per il caso malattia ed infortuni.

ESEMPIO	
CAPITALE ASSICURATO	€ 5.000
PREMIO UNICO ANTICIPATO (lordo imposte; € 195,12 al netto delle imposte) (vendita del prodotto completo delle prestazioni per il caso malattia ed infortuni)	€ 200
COSTI TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA (costi trattenuti a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione)	€ 107,34
di cui IMPORTO PERCEPITO DAGLI ISTITUTI INTERMEDIARI (importo compreso nella voce precedente "COSTI TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA")	(€ 90,63)

6.2 Estinzione anticipata, surroga passiva ed accollo del contratto di finanziamento

→ ***AVVERTENZA***
Si precisa che:
- in caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del Prestito Personale, qualora non

risultino sinistri, l'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato;
- in caso di estinzione anticipata parziale del Prestito Personale, l'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è diminuito.
In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere il mantenimento delle coperture assicurative operanti al momento della richiesta.
Per i dettagli si rinvia all'ART. 9 e all'ART. 10 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. Rivalse

Per rivalsa si intende: il rivalersi di una perdita, di un danno subìto ai sensi dell'Art. 1916 del Codice Civile.
La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato, al diritto di rivalsa, **così come specificato all'ART. 14 della Parte I delle Condizioni di Assicurazione.**

8. Diritto di recesso

→ ***AVVERTENZA***

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

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

I termini e le modalità per esercitare tale diritto sono indicati all'ART. 11 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fondano (art. 2952 del Codice Civile).

10. Legge applicabile al contratto

Al Contratto sarà applicata la legge italiana.

11. Regime fiscale

Al Contratto si applica il trattamento fiscale italiano.
I premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona e quelli per le perdite pecuniarie sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore, ossia 2,50% (due virgola cinquanta per cento).
In termini generali, i premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte, invalidità permanente non inferiore al 5% o non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dalla vigente normativa fiscale. Qualora soltanto una componente del

premio pagato per l'assicurazione risulti destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente con riferimento a tale componente.
Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

→ ***AVVERTENZA***

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi causa e/o dalla Contraente alla Compagnia, entro 15 (quindici) giorni dalla data del sinistro stesso o dal momento in cui ne siano venuti a conoscenza.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio sulle modalità e i termini per la denuncia del sinistro nonché sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto all'ART. 25 della Parte III delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia e precisamente a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
Gestione Reclami
Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO
Fax 02.85964440
Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it

Coloro i quali siano in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata possono inviare eventuali reclami anche all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale 21 – 00187 Roma,
Fax 06.42.13.32.06,

utilizzando il Modulo predisposto dall'Istituto (scaricabile al seguente link: http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf) e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia ovvero:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;

- copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo: tutela.consumatore@pec.ivass.it
In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

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.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14. Arbitrato e Mediazione per la conciliazione delle controversie

→ ***AVVERTENZA***

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato.

In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Per i dettagli si rinvia all'ART. 18 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

15. Conflitto di interessi

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che il Contratto descritto nella presente Nota Informativa è promosso e distribuito da società appartenenti al Gruppo Bancario Banco BPM. Inoltre, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è controllata al 100% da Bipiemme Vita S.p.A., a sua volta partecipata al 19% dal Banco BPM S.p.A. Di conseguenza, i soggetti distributori hanno, direttamente o indirettamente, un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto, sia in virtù della partecipazione detenuta da Banco BPMA S.p.A. nel capitale sociale di Bipiemme Vita S.p.A., sia perché percepiscono, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte delle commissioni che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. trattiene dal premio versato.
Si precisa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A., nell'adempimento dei propri obblighi derivanti dal contratto, anche in presenza di conflitto di interesse, opera in modo da non arrecare pregiudizio agli Assicurati.
La Compagnia dispone di una propria politica e di procedure operative atte a individuare e a gestire le situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo.

16. Informazioni sull'Area Riservata del sito internet della Compagnia

Il Contraente può accedere, gratuitamente e da qualsiasi postazione internet, a un'apposita Area Riservata del sito internet della Compagnia all'interno della quale sarà possibile consultare alcune informazioni concernenti la propria posizione assicurativa, tra cui:

- le coperture assicurative in essere;
- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- lo stato dei pagamenti dei premi.

Il Contraente può accedere all'Area Riservata direttamente dalla home page del sito internet www.bpmassicurazioni.it dove in un'apposita sezione può registrarsi inserendo il codice fiscale, un numero di polizza attiva, un indirizzo e-mail di riferimento, una username ed esprimendo il consenso al trattamento dei dati e all'eventuale attivazione dei messaggi pubblicitari sul proprio profilo.
Al termine della registrazione il Contraente riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa. Nel caso di sottoscrizione di contratti in forma collettiva in cui gli Aderenti/Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono portatori di un interesse alla prestazione, l'accesso all'Area Riservata è consentito anche agli stessi.
Bipiemme Assicurazioni garantisce la tutela della riservatezza e la protezione dei dati e delle informazioni rese disponibili nell'Area Riservata.

* * * * *

Si precisa che per la consultazione degli aggiornamenti alla presente Nota Informativa non derivanti da innovazioni normative, il Contraente/Assicurato potrà consultare il sito internet di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. www.bpmassicurazioni.it
La Compagnia è responsabile della veridicità, della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

L'Amministratore Delegato
François Josse

Glossario

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

Condizioni di Assicurazione	Insieme della clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
Contraente	ProFamily S.p.A. che ha stipulato con le Compagnie 2 (due) apposite Convenzioni per l'assunzione del rischio decesso, invalidità permanente totale, perdita involontaria d'impiego inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero e che stipula le Polizze per conto dei propri clienti che sottoscrivono Finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.
Contratto di Assicurazione o Contratto	Contratto attraverso il quale l'Assicurato trasferisce alle Compagnie un rischio al quale egli è esposto.
Convenzione assicurativa	L'accordo sottoscritto tra le Compagnie e la Contraente. Tale Convenzione stabilisce le modalità per la stipula, da parte dei clienti, delle coperture assicurative regolate dalle Condizioni di Assicurazione, facenti parte del presente Fascicolo Informativo.
Copertura assicurativa	Garanzia assicurativa concessa dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi delle Polizze Collettive e in forza della quale la Compagnia stessa è obbligata al pagamento della prestazione al verificarsi del sinistro a favore del Beneficiario.
D	
Data di decorrenza	Data dalla quale le garanzie assicurative cominciano ad operare; coincide con il giorno di erogazione del Finanziamenti da parte della Contraente sempre che a tale giorno sia stato pagato il relativo premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.
Day hospital/ Day surgery	La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di cura documentata da cartella clinica per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo (day hospital) o per prestazioni chirurgiche (day surgery), che non comportano la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica e infermieristica continua.
Decesso	La morte dell'Assicurato.
Debito residuo	Debito in linea capitale del Prestito risultante dal piano di rimborso originario alla data del sinistro.
Disoccupazione	La condizione in cui viene a trovarsi una persona rimasta priva di un'occupazione subordinata retribuita (Lavoratore dipendente privato), che è iscritto nelle liste del centro per l'impiego o percepisce reddito da mobilità e che non rifiuta eventuali offerte di lavoro. Durante la disoccupazione il lavoratore non dovrà svolgere alcuna attività lavorativa.
Durata della copertura assicurativa o del Contratto	Periodo durante il quale il Contratto è efficace.

E	**Esclusioni**	Rischi esclusi o limitazioni relative alle coperture assicurative prestate dalle Compagnie, riportati nelle Condizioni di Assicurazione.
F	**Finanziamento**	Il Prestito Personale erogato dalla Contraente nella forma di: a. Prestito Personale classico; b. Prestito Personale con periodo di pre-ammortamento sino ad un massimo di 90 (novanta) giorni.
	Firma Digitale	Un particolare tipo di firma elettronica basata su un certificato qualificato (che assicura l'identificazione univoca del titolare e rilasciato da certificatori accreditati), realizzata mediante un dispositivo per la generazione della firma che soddisfa i requisiti di sicurezza richiesta dalla vigente normativa, tra i quali l'utilizzo di una OTP (One Time Password).
	Franchigia	Intesa come franchigia assoluta (ossia sempre a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'ammontare del danno). Per le garanzie perdita involontaria d'Impiego, inabilità temporanea totale o ricovero ospedaliero è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.
I	**Inabilità Temporanea Totale**	La perdita temporanea ed in misura totale, medicalmente accertata, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria attività lavorativa, a seguito di infortunio o malattia.
	Indennizzo	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
	Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni: o le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero ospedaliero, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; o gli eventi subiti dall'Assicurato e derivanti da stato di malore o di incoscienza.
	Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di Contratti di Assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
	Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia	La perdita totale, definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità, accertato sia pari o superiore al 60%.
	Istituto di Cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente

	autorizzati. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Ivass	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.
L	
Lavoratore autonomo	La persona fisica per la quale siano verificabili entrambe le condizioni sotto riportate: a) non percepisca e non abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) dell'anno precedente un reddito da lavoro dipendente; b) percepisca e abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) dell'anno fiscale precedente e quale reddito prevalente almeno uno dei redditi definiti agli articoli 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 50 lettera c-bis (collaborazioni senza vincolo di subordinazione, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto, lavoratori stagionali) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.
Lavoratore dipendente	La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un'unità giuridico economica, in forza di un contratto di lavoro subordinato (a tempo indeterminato; a tempo determinato, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti di inserimento ossia ex contratto di formazione lavoro, di apprendistato, di somministrazione lavoro ossia ex lavoratori interinali, o altre forme di lavoro atipico) regolato dalla legge italiana comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali e per un periodo di 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro; tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro. Sono altresì considerati lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche (ad esempio: i soci di cooperativa, i titolari di borsa di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lettera c-bis del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, i quali sono considerati lavoratori autonomi. Sono altresì considerati lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche (ad esempio: i soci di cooperativa, i titolari di borsa di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lettera c-bis del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, i quali sono considerati lavoratori autonomi.
Lavoratore dipendente privato	Il lavoratore dipendente che è iscritto nei libri paga dell'impresa con un contratto di lavoro dipendente non della Pubblica Amministrazione.

		Sono comunque considerati Lavoratori dipendenti, solo ai fini della copertura assicurativa del presente contratto, i collaboratori familiari ed i lavoratori che svolgono assistenza personale per anziani, ammalati o disabili presso l'abitazione del datore di lavoro.
	Lavoratore dipendente pubblico	La persona fisica che sia Lavoratore dipendente ma presso la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo ma non limitativo fanno parte della Pubblica Amministrazione: o le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado; o le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo; o le Regioni – le Province – i Comuni; o le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni; o le Istituzioni Universitarie; o le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni; o le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
M	**Malattia**	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	Modulo di Adesione	Il modulo contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture assicurative sottoscrivendo il quale ciascuna persona fisica che ha richiesto Prestito Personale presso la Contraente dichiara di voler aderire alle Polizze Collettive.
N	**Non Lavoratori**	Tutte le persone fisiche che non rientrano nella definizione di Lavoratore autonomo, Lavoratore dipendente, privato o pubblico (a titolo esemplificativo ma non limitativo: Studenti, Casalinghe, Pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero, se non regolati dalla legge italiana).
P	**Pacchetto**	L'insieme inscindibile delle garanzie acquistabili sulla base dello stato lavorativo dell'Assicurato.
	Perdita Involontaria d'Impiego	La cessazione del rapporto di lavoro dipendente a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo.
	Periodo di riqualificazione	Il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di disoccupazione, liquidabile a termini di polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa a un nuovo sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego.
	Piano di rimborso originario	Il piano di rimborso del Prestito Personale concesso dalla Contraente in vigore al momento dell'erogazione del Prestito.
	Polizza Collettiva	Il presente Contratto di Assicurazione stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.

	Pre-ammortamento	Periodo iniziale che si conta dalla data di erogazione del Finanziamento al giorno in cui scatta il rimborso della prima rata, nella quale l'importo corrisposto è costituito interamente dalla quota interessi.
	Premio	Somma di denaro che viene versata dall'Assicurato all'Intermediario e, per il tramite della Contraente, viene riversato alle Compagnie in relazione alla copertura assicurativa.
	Prestazione	Importo liquidabile dalle Compagnie in base alle Condizioni di Assicurazione.
	Prestito Personale Banche	Prestito Personale erogato dalla Contraente, di durata minima non inferiore ai 12 (dodici) mesi e di durata massima non superiore ai 120 (centoventi) mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza Collettiva. Sono inclusi i finanziamenti con periodo di pre-ammortamento pari a 90 (novanta) giorni.
	Prestito Personale Aziende	Prestito Personale erogato dalla Contraente, destinato esclusivamente ai dipendenti delle aziende convenzionate della Contraente stessa, di durata minima non inferiore ai 12 (dodici) mesi e di durata massima non superiore ai 120 (centoventi) mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza Collettiva. Sono inclusi i finanziamenti con periodo di pre-ammortamento pari a 90 (novanta) giorni.
R	**Ricovero Ospedaliero**	Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, pubblico o privato, dovuta ad infortunio o malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital/day surgery, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni di Assicurazione.
S	**Sinistro**	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Condizioni di Assicurazione

PREMESSA

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

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

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

Gli obblighi delle Compagnie dipendono esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.

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

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

ART. 1. COPERTURE ASSICURATIVE

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

- PACCHETTO 1, acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Lavoratori dipendenti privati;
- PACCHETTO 2, acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Lavoratori dipendenti pubblici o Lavoratori autonomi;
- PACCHETTO 3, acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Non Lavoratori.

Di seguito si riassumono i pacchetti assicurativi acquistabili e le garanzie in essi contenute. Le garanzie di ogni pacchetto sono vendute solo congiuntamente:

GARANZIE	PACCHETTI ACQUISTABILI		
	PACCHETTO 1 LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI	**PACCHETTO 2** LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI e LAVORATORI AUTONOMI	**PACCHETTO 3** NON LAVORATORI
DECESSO	SI	SI	SI
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE	SI	SI	SI
PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO	SI	-	-
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	-	SI	-
RICOVERO OSPEDALIERO	-	-	SI

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

ART. 2. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

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

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

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

a) avere sottoscritto con la Contraente delle presenti Polizze Collettive un Prestito Personale:
   - con un periodo massimo di pre-ammortamento di 90 (novanta) giorni,
   - di durata minima non inferiore a 12 (dodici) mesi e di durata massima non superiore ai 120 (centoventi) mesi o 123 (centoventitre) se comprensivo di pre-ammortamento),
   - con capitale richiesto massimo pari a € 30.000 (trentamila) per Assicurato per i Prestiti Personali Aziende e € 70.000 (settantamila) per Assicurato per i Prestiti Personali Banche;

b) essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;

c) avere una età non inferiore ai 18 (diciotto) anni alla data di decorrenza e non superiore ai 75 (settantacinque) anni alla data di scadenza del Prestito Personale concesso;

d) avere sottoscritto il Modulo di Adesione;

e) **nel caso di Assicurato lavoratore, non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 (dodici) mesi per più di 30 (trenta) giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio e, in particolare, non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;**

f) **nel caso di Lavoratore dipendente privato, non avere ricevuto in precedenza dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o comunque essere a conoscenza di un prossimo stato di disoccupazione**.

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

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

ART. 4. LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 5. CAMBIO DI ATTIVITÀ O PROFESSIONE

L'Assicurato è tenuto a dare tempestiva comunicazione alle Compagnie in caso di cambiamento della propria attività o stato occupazionale, ovvero il passaggio da Lavoratore dipendente privato a Lavoratore dipendente pubblico o a Lavoratore autonomo o a Non Lavoratore e viceversa; in questi casi la polizza cesserà automaticamente la sua efficacia e la parte di premio relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato verrà restituito all'Assicurato, sulla base del conteggio indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni di Assicurazione.
Nel caso di passaggio da Lavoratore dipendente privato a Non lavoratore, la polizza manterrà la sua efficacia; nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Perdita Involontaria d'Impiego se, dal sinistro precedente, non sarà trascorso un periodo di riqualificazione di 180 (cento-ottanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere un'attività lavorativa come Lavoratore dipendente privato e abbia superato il relativo periodo di prova.

ART. 6. COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

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

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

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

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

ART. 7.1. Adesione alle coperture assicurative

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

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

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

ART. 7.2. Decorrenza del Contratto

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

La decorrenza è comunicata alle Compagnie dalla Contraente.

ART. 7.3. Durata e Termine del Contratto

La durata del Contratto è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del rapporto di finanziamento e **non può comunque essere superiore a 120 (centoventi) mesi** o 123 (centoventitre) mesi se comprensivo di pre-ammortamento.

La copertura assicurativa ha comunque termine:

- alla scadenza del contratto di finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o di portabilità (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la copertura assicurativa unitamente all'altro Assicurato, in caso di cointestazione del finanziamento);
- nel caso di cambio attività o professione, salvo quanto previsto al precedente ART. 5.

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

ART. 8. PREMIO

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

Premio = t x K x d

dove:

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

t = tasso di premio, così come indicato nel Modulo di Adesione

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

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

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

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

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

ART. 9. ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO E PORTABILITÀ

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

Rimborso del premio = Rimborso del premio puro + Rimborso dei costi

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

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

dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

C = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)" nel Modulo di Adesione

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato proceda a rimborsare anticipatamente una parte del Prestito e/o rinegoziarlo, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, anche per il tramite della Contraente, la parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è diminuito per effetto dell'estinzione parziale, secondo le seguenti formule:

Rimborso del premio = Rimborso del premio puro + Rimborso dei costi

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

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

dove:

a = percentuale di riduzione del debito residuo

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

C = importo trattenuto dalle Compagnie e riportato alla voce "Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)" nel Modulo di Adesione

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

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

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

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

ART. 11. DIRITTO DI RECESSO

A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Assicurato può recedere dal Contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza.
In tal caso, il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della presentazione della richiesta all'Intermediario o, nel caso di comunicazione mediante lettera raccomandata, dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di spedizione della stessa alle

Compagnie. Le Compagnie procederanno, per il tramite della Contraente, alla restituzione del premio versato relativo al periodo di copertura non goduto, in base a quanto riportato al precedente art. ART. 9.

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

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

Bipiemme Vita S.p.A. e **Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**
Via del Lauro n. 1
20121- MILANO

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

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

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

ART. 12. BENEFICIARI

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 13. PRESCRIZIONE

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

Per le coperture prestate da Bipiemme Assicurazioni S.p.A. i diritti derivanti dal presente Contratto si prescrivono invece nel termine di 2 (due) anni dal momento in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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

ART. 14. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 15. CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 16. COMUNICAZIONI

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

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

Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato nel Modulo di Adesione.
L'eventuale variazione del recapito dovrà essere comunicato per iscritto alle Compagnie.

ART. 17. IMPOSTE E TASSE

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

ART. 18. LEGISLAZIONE APPLICABILE, SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

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

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

La richiesta di mediazione deve essere inviata a:

- nel caso di controversia inerente la copertura per il caso di decesso dell'Assicurato, a Bipiemme Vita S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via del Lauro n. 1 - 20121 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmevita@pec.it
- nel caso di controversia inerente le altre coperture, a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via del Lauro n. 1 - 20121 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

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

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

PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

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

ART. 19. DECESSO

Garanzia presente in tutti i Pacchetti.

ART. 19.1. Oggetto della copertura

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

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

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

ART. 19.2. Limiti di indennizzo

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

ART. 20. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Garanzia presente in tutti i Pacchetti.

ART. 20.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 24, nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio o contragga una malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi un'invalidità totale permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Assicurato una prestazione pari al debito residuo in linea capitale alla data del sinistro, secondo il piano di rimborso originario. Per data del sinistro si intende, la data di diagnosi della malattia o la data dell'infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile. Eventuali stati di invalidità pregressa o l'aggravamento di una patologia preesistente per la quale era già stata riconosciuta una percentuale di invalidità non rilevano, pertanto, ai fini del calcolo della percentuale dell'Invalidità permanente per la prestazione.

ART. 20.2. Limiti di indennizzo

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

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

ART. 20.3. Criteri di indennizzabilità

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

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

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

In relazione all'invalidità totale permanente causata da infortunio:

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella Tabella INAIL di cui al D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni. La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo, in quanto conseguenze indirette di esso. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

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

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

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

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

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

In relazione all'invalidità totale permanente causata da malattia:

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

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

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

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

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

ART. 20.4. Carenza

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

Qualora si verifichi il sinistro per Invalidità Totale Permanente da malattia nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

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

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

ART. 21. PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

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

ART. 21.1. Oggetto della copertura

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

ART. 21.2. Limiti di indennizzo

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

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

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

ART. 21.3. Carenza

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 (novanta) giorni.
Qualora la Perdita Involontaria d'Impiego si verifichi nel periodo di carenza l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 21.4. Franchigia

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

ART. 22. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

ART. 22.1. Oggetto della copertura

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

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

ART. 22.2. Limiti di indennizzo

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

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

ART. 22.3. Carenza

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

Qualora si verifichi il sinistro per Inabilità Temporanea Totale da malattia nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

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

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

ART. 22.4. Franchigia

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

ART. 23. RICOVERO OSPEDALIERO

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

ART. 23.1. Oggetto della copertura

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

mensile in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, così come risultante dal piano di rimborso originario.

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

ART. 23.2. Limiti di indennizzo

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

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

ART. 23.3. Carenza

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

Qualora si verifichi il sinistro per ricovero ospedaliero nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

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

ART. 23.4. Franchigia

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

ART. 24. ESCLUSIONI

ART. 24.1. Esclusioni relative alla garanzia Decesso

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

1. **dolo del Beneficiario;**
2. **suicidio od omicidio dell'Assicurato consenziente, entro 2 (due) anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;**
3. **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;**
4. **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
5. **partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;**
6. **partecipazione a gare e corse di regolarità e/o velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
7. **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
8. **consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
9. **sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**

10. **svolgimento delle seguenti attività lavorative rischiose: militare di reparti operativi, pilota di elicotteri o aerei, attività su piattaforme petrolifere, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, minatore, speleologo, guida alpina, guardia giurata, armaiolo, qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci, collaudatore, vigile del fuoco.**

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

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

1. **dolo dell'Assicurato:**
2. **malattie tropicali o epidemiche;**
3. **partecipazione a gare e corse di regolarità e/o velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
4. **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
5. **incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero;**
6. **viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;**
7. **viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
8. **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;**
9. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
10. **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
11. **guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;**
12. **uso o produzione di esplosivi;**
13. **abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
14. **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetiche non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;**
15. **prestazioni per la cura di infertilità e sterilità;**
16. **interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;**

17. **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**
18. **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato (compreso il suicidio ed il tentato suicidio) o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;**
19. **pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci o idroscì, sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia, hockey bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle;**
20. **pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive compiute a livello professionistico, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
21. **pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;**
22. **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
23. **trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
24. **parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
25. **sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
26. **svolgimento delle seguenti attività lavorative rischiose: militare di reparti operativi, pilota di elicotteri o aerei, attività su piattaforme petrolifere, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, minatore, speleologo, guida alpina, guardia giurata, armaiolo, qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci, collaudatore, vigile del fuoco.**

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

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

1. **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore dipendente in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 16 (sedici) ore settimanali per i 12 (dodici) mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 (due) settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;**
2. **il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;**
3. **la risoluzione del rapporto di lavoro avviene per volontà dell'Assicurato (escluse le dimissioni per giusta causa);**
4. **la disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento o si raggiunga l'età della quiescenza;**
5. **il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i citati soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore etc.);**
6. **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria e Edilizia**

anche in deroga;

7. **nel caso di contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;**
8. **nel momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione il licenziamento è già stato notificato all'Assicurato o comunque questi è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;**
9. **l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;**
10. **l'Assicurato non è in possesso del certificato di disoccupazione o non è iscritto nella lista di mobilità (quest'ultimo caso se il lavoratore è in mobilità);**
11. **l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;**
12. **superamento del periodo di comporto;**
13. **licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore o arresti domiciliari;**
14. **qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine.**

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

ART. 25. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

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

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

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

ART. 25.1. Garanzia Decesso

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

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

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

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

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

In particolare l'Assicurato è consapevole che:

- **la richiesta di acquisire la documentazione medico-sanitaria risponde alla finalità di consentire alla Compagnia di verificare la presenza dei presupposti per la liquidabilità della prestazione assicurata; a tal fine si rammenta all'Assicurato la necessità di conservare la propria documentazione medico-sanitaria e di renderla disponibile al Beneficiario. In ogni**

caso, la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di vicinanza alla prova, per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevante ai fini della liquidazione della prestazione.

- **la richiesta di acquisire la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata e la copia autentica dei testamenti (se presenti) risponde alla finalità di consentire una corretta individuazione degli aventi diritto alla prestazione assicurata.**

In particolare, il Beneficiario dovrà presentare la seguente documentazione:

- Comunicazione di decesso dell'Assicurato contenente la richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari, anche disgiuntamente fra loro; sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni utili ai fini della liquidazione della prestazione assicurata;
- Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- Documentazione sanitaria sulle cause e circostanze del decesso, ossia:
  - Relazione del medico curante attestante la causa del decesso completa di anamnesi remota; sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni mediche ai fini della liquidazione della prestazione assicurata;
  - In caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio) copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
  - Copia della cartella clinica relativa all'ultimo ricovero (eventualmente) intervenuto tra la data del decesso e il 5° anno antecedente la sottoscrizione del contratto;
  - Ove la Compagnia riscontri che l'Assicurato abbia subito ricoveri nei 5 anni precedenti al decesso, la Compagnia potrà richiedere al Beneficiario la documentazione relativa a ricoveri dell'Assicurato effettuati nei 5 anni antecedenti alla sottoscrizione del contratto e fino alla data del decesso.

  Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria, potrà comunicarlo alla Compagnia e sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Compagnia, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa procedere alla richiesta della documentazione stessa. Sul sito della Compagnia è reperibile l'elenco delle autorizzazioni che il Beneficiario può rilasciare alla Compagnia per consentire, nel caso sopra citato, di presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi.
  Con la sottoscrizione del presente contratto, l'Assicurato proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che li riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, il Beneficiario o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- Copia autentica del/i provvedimento/i del Giudice Tutelare, con il quale si autorizza l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno alla riscossione della prestazione destinata a Beneficiari minorenni o incapaci;

- Documentazione sulla designazione Beneficiaria, ossia:

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

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

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

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

    (ii) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 25.2. Altre garanzie assicurative

In caso di invalidità permanente totale, perdita involontaria d'impiego, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, componendo i seguenti numeri di telefono:

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

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08 (otto) alle ore 18 (diciotto) e seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore. I numeri di cui sopra possono essere anche utilizzati per richiedere eventuali informazioni sullo stato del sinistro.

L'Assicurato dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R, il Modulo di denuncia sinistro – consegnato unitamente al presente Fascicolo Informativo – al seguente indirizzo:

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

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

a) In caso di INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

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

b) In caso di PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Copia della scheda professionale;
- Copia del contratto di assunzione e degli ultimi 2 (due) cedolini paga;

- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Copia del piano di rimborso originario.

c) In caso di INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

d) In caso di RICOVERO OSPEDALIERO

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

ART. 25.3. Denunce successive

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

Quando un sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo sinistro, l'Assicurato sia tornato ad essere Lavoratore dipendente privato per un periodo di riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi e sia stato superato il periodo di prova.

ART. 26. CLAUSOLA LIBERATORIA

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

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

ART. 27. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito le "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovranno raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee

modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.
All'interno delle Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.
Per talune attività le Società potranno utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa.
I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

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

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

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c.
Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Bipiemme Vita S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it.

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

I Titolari del trattamento sono Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via del Lauro n. 1, 20121 Milano.

BPMVITA BPMASSICURAZIONI

MODULO DI ADESIONE (fac-simile)

alle **Polizze Collettive n. 10000000186 e n. 2252**
tra ProFamily S.p.A., Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

DATI DEL PRESTITO PERSONALE

Pratica Prestito Personale n°: …… N° Intestatari: ……

Capitale richiesto: € …… Durata Prestito Personale (in mesi) ……

Capitale assicurato: € …… Durata copertura (in mesi): ……

DATI DELL'ASSICURATO

Nome: ……

Cognome: …… CF: ……

Nato a: …… Prov: …… il: ……

Comune di residenza: …… Prov: …… CAP: ……

Indirizzo: ……

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

FACSIMILE

PRENDE ATTO CHE

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

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

AVVERTENZA

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

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- ✓ **di essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;**
- ✓ **non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 (dodici) mesi per più di 30 (trenta) giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio e, in particolare, non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;**
- ✓ **nel caso di Lavoratore dipendente privato di non avere ricevuto in precedenza dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o comunque essere a conoscenza di un prossimo stato di disoccupazione.**

L'Assicurato dichiara inoltre di essere a conoscenza:

- **che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **che il numero di rate rimborsabili dalla Compagnia nell'ipotesi in cui si verifichi l'evento perdita involontaria d'impiego, inabilità temporanea totale e/o ricovero ospedaliero è inferiore al numero totale di rate del finanziamento.**

Luogo e Data …….. Firma Assicurato ……

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

PACCHETTO ……

COPERTURE ASSICURATIVE PREVISTE	**(Garanzie presenti)**
Decesso	X
Invalidità Totale Permanente	X
Perdita Involontaria d'Impiego	
Inabilità Temporanea Totale	
Ricovero Ospedaliero	

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

Luogo e Data …….. Firma Assicurato ……

FAC-SIMILE

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

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare espressamente le seguenti clausole contenute nelle Condizioni di Assicurazione:
ART. 3 (REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE), ART. 5 (CAMBIO DI ATTIVITÀ O PROFESSIONE), ART. 7 (ADESIONE, DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE), ART. 8 (PREMIO), ART. 12 (BENEFICIARI), ART. 15 (CESSIONE DEI DIRITTI), ART. 19 (DECESSO), ART. 20 (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE), ART. 21 (PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO), ART. 22 (INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE), ART. 23 (RICOVERO OSPEDALIERO), ART. 24 (ESCLUSIONI), ART. 25 (DENUNCIA DEL SINISTRO), ART. 26 (CLAUSOLA LIBERATORIA).

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

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

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....

****

Luogo e Data ..... Firma Intermediario .....

FAC-SIMILE

BPMVITA BPMASSICURAZIONI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

Polizza Collettiva n. 10000000186 e n. 2252

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

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

FAC-SIMILE

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

Cognome e Nome di tutti gli intestatari/Assicurati:

- ……
- ……

Dati dell'Assicurato cui il sinistro si riferisce:

Cognome e Nome: …… C.F.: ……

Comune di nascita: …… Prov: ……CAP: ……

Comune di residenza: …… Prov: ……CAP: ……

Indirizzo: ……

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

☐ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**

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

☐ **PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO**

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

☐ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

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

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

☐ **RICOVERO OSPEDALIERO**

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

Cognome e Nome Beneficiario/i……

IBAN (eventualmente più di uno):……

Il sottoscritto da atto che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 10000000186 e n° 2252 gli è stata resa l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei propri dati ai sensi della L. 196/2003.

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

FAC-SIMILE