GRUPPO BPMVITA

per te ci siamo noi

CPI MUTUI PRIVATI

Credit Protection a premio annuo 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

BPMVITA BPMASSICURAZIONI

Fascicolo Informativo
CPI MUTUI PRIVATI

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 SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI ADESIONE (fac-simile)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (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 CPI MUTUI PRIVATI n° 2255/2256

Contratto di Assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte, ad adesione facoltativa abbinato ad un Mutuo privato erogato da Banca Popolare di Milano.

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.
L'indice di Solvibilità (SCR) che rappresenta il rapporto fra fondi propri ammissibili a copertura ed il requisito patrimoniale di solvibilità calcolato secondo la nuova regolamentazione Solvency II, è pari a 391,7%.

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 Mutuo tra l'Assicurato e la Contraente e **non può comunque essere superiore a 30 (trenta) anni.**

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 capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione. La garanzia è regolamentata all'ART. 18 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 annuo che è dovuto per tutta la durata del Contratto.
Il premio, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione ed il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, **viene addebitato sul conto corrente indicato dall'Assicurato per il pagamento delle**

rate del Mutuo; per i dettagli si rimanda all'ART. 7 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 della presente Nota Informativa attraverso apposite tabelle esemplificative.

→ ***AVVERTENZA***
In caso di estinzione anticipata totale del Mutuo 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 Mutuo, 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. 8 e all'ART. 9 della PARTE I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Il contratto qui descritto prevede la 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: l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.
Costi di rimborso del premio: il presente Contratto non è gravato dal alcun costo di rimborso del premio.
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:

Caricamenti (ossia la parte di Premio trattenuta dalla Compagnia per far fronte ai costi relativi all'acquisizione e alla gestione del contratto)	45% del premio

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

Quota parte dei costi percepiti in media dall'Intermediario	70 %

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. 6 della PARTE I delle Condizioni Generali 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. 10 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. 23.1 della PARTE III delle Condizioni di Assicurazione.

I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione sulla vita 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.
Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm

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. 4 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 Banca Popolare di Milano S.p.A., appartenente al Gruppo Bancario Banco BPM.

Il soggetto distributore ha, 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 percepisce, 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

L'Assicurato 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.

L'Assicurato 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 l'Assicurato riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa.

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

20. Promozione a distanza delle coperture assicurative

Nel caso di promozione e collocamento della copertura assicurativa mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurato, prima di essere vincolato da un contratto, deve essere informato:

a. del diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
b. del diritto di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della predetta documentazione su supporto cartaceo;
c. della circostanza che per la sottoscrizione e la ritrasmissione del contratto firmato, inviato dall'impresa stessa all'Assicurato, potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole.

Responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività del Call Center

In caso di necessità l'Assicurato potrà chiedere di essere messo in contatto con il Responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza svolta dal Call Center, inviando un'email all'indirizzo info.generale@bpmvita.it

* * * * *

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° 10000000184
CPI MUTUI PRIVATI

Contratto di Assicurazione collettiva ad adesione facoltativa abbinato ad un Mutuo privato erogato da Banca Popolare di Milano.

Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale - 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.

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 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 190,02%, 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. 6.3 - "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 Mutuo alle condizioni proposte.

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 capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale indicato nel Modulo di Adesione. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione. La garanzia è regolamentata all'ART. 19, 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. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO, ART. 5 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI MUTUO*
PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 19.1 – Oggetto della copertura, ART. 22.2 – Esclusioni relative alle altre garanzie assicurative.

→ ***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. 19.2 – Limiti di indennizzo, ART. 19.3 – Criteri di indennizzabilità, ART. 19.4 – Carenza
Di seguito si riporta un esempio.

ESEMPIO		
IMPORTO DEL MUTUO	€ 100.000	
N° INTESTATARI DEL MUTUO/ASSICURATI	1	
CAPITALE ASSICURATO (al 1° gennaio dell'anno in cui si verifica l'evento che determina l'Invalidità Permanente)	€ 50.000	
POSTUMI DA INVALIDITÀ PERMANENTE (stabilizzati)	60%	50%
INDENNIZZO	**€ 50.000**	**NESSUNO[1]**

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

- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**: nel caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde un indennizzo pari alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità stessa, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Mutuo. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione. 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. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO, ART. 5 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI MUTUO**
***PARTE II* – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 20.1 – Oggetto della copertura, ART. 22.2 – Esclusioni relative alle altre garanzie assicurative.**

→ ***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 – Carenza, ART. 20.4 – 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 90** (NOVANTA) (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 60 -sessanta- giorni)[2]	Liquidazione delle rate in scadenza come da piano di ammortamento valido al momento del sinistro con i limiti di: ▪ € 2.000 (duemila) qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula o entro il 90° giorno dalla data di stipula/surroga del Mutuo/conferma dell'accollo del Mutuo ovvero di messa in ammortamento del capitale mutuato; ▪ € 1.500 (millecinquecento) qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data di stipula/ surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato.

[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 60 -sessanta- 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 alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è

determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Mutuo. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione. La garanzia è regolamentata all'ART. 21 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. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO, ART. 5 – COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI MUTUO
Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 21.1 – Oggetto della copertura, ART. 22.2 – Esclusioni relative alle altre garanzie assicurative.

➔ ***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**
RICOVERO OSPEDALIERO **PARI A 6** (SEI) GIORNI	NESSUNO[1]
RICOVERO OSPEDALIERO **PARI A 12** (DODICI) GIORNI (Ricovero successivo ai 60 –sessanta- giorni di carenza dalla data di decorrenza della copertura assicurativa[2] - rata in scadenza durante il periodo di ricovero)	Indennizzo pari ad una rata del piano di ammortamento alla data del sinistro in scadenza durante il periodo di ricovero, con i limiti: ▪ € 2.000 (duemila) qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula o entro il 90° giorno dalla stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato; ▪ € 1.500 (millecinquecento) qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato.

[1] Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia
[2] Si precisa che:
- in caso di ricovero ospedaliero dovuto ad infortunio, la Compagnia non applica i 60 (sessanta) giorni di carenza;
- qualora il ricovero ospedaliero da malattia avvenga in un periodo successivo alla carenza e la diagnosi della malattia rientra nei primi 60 (sessanta) giorni di vigenza del contratto il sinistro non è comunque indennizzabile

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. 4 della PARTE I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

6. Premi

Le coperture assicurative vengono prestate dietro il pagamento di un premio annuo che è dovuto per tutta la durata del Contratto.
Il premio, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione ed il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, **viene addebitato sul conto corrente indicato dal cliente per il pagamento delle rate del Mutuo**; **per i dettagli si rimanda all'ART. 7 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: l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.
Costi di rimborso del premio: il presente Contratto non è gravato dal alcun costo di rimborso del premio.
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 %
53%

Il costo è calcolato sul premio annuo al netto delle imposte.

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dalla Banca:

QUOTA PARTE PERCEPITA DALLA BANCA
81,13%

Di seguito si riporta un esempio.

ESEMPIO	
CAPITALE ASSICURATO	€ 100.000
PREMIO A PAGAMENTO ANNUO (lordo imposte; € 195 al netto delle imposte)	€ 200
COSTI TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA (costi trattenuti a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto di assicurazione)	€ 103,35
di cui IMPORTO PERCEPITO DAGLI ISTITUTI INTERMEDIARI (importo compreso nella voce precedente "COSTI TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA")	(€ 83,84)

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

→ ***AVVERTENZA***
Si precisa che:
- in caso di estinzione anticipata totale del contratto di Mutuo, 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 contratto di Mutuo, 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. 8 e all'ART. 9 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. 13 della PARTE I delle Condizioni Generali 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. 10 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 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 Banca 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. 23 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 45 (quarantacinque giorni), potrà rivolgersi a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore
Sezione Tutela degli Assicurati
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 previo esperimento del tentativo di mediazione ai sensi del D. Lgs. 28/2010.
Per i dettagli si rinvia all'ART. 17 della PARTE I - Condizioni Generali di Assicurazione.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

15. Promozione a distanza delle coperture assicurative

Nel caso di promozione e collocamento della copertura assicurativa mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurato, prima di essere vincolato da un contratto, deve essere informato:

a. del diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
b. del diritto di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della predetta documentazione su supporto cartaceo;
c. della circostanza che per la sottoscrizione e la ritrasmissione del contratto firmato, inviato dall'impresa stessa all'Assicurato, potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole.

Responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività del Call Center

In caso di necessità l'Assicurato potrà chiedere di essere messo in contatto con il Responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza svolta dal Call Center, inviando un'email all'indirizzo info@bpmassicurazioni.it

16. Conflitto di interessi

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che il Contratto descritto nella presente Nota Informativa è promosso e distribuito da Banca Popolare di Milano S.p.A., appartenente 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% da Banco BPM S.p.A.. Di conseguenza, il soggetto distributore ha, 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 percepisce, 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.

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

L'Assicurato 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.

L'Assicurato 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 l'Assicurato riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa.
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	**Accollo**	Assunzione, da parte di un terzo, del debito derivante dal Contratto di Mutuo, sulla base di un accordo tra il debitore originario (accollato) e il terzo medesimo (accollante).
	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 Contratto di Mutuo concesso dalla Banca, 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**	Si intende Banca Popolare di Milano S.p.A. in qualità di istituto di credito erogatore di mutuo ipotecario ed intermediario assicurativo.
	Beneficiario	Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dalle coperture assicurative.
C	**Capitale assicurato iniziale**	L'importo indicato nel Modulo di Adesione, salvo il caso di rimborso anticipato parziale del Mutuo per cui vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.
	Capitale assicurato	Negli anni successivi all'anno di stipula del Mutuo, il debito residuo in linea capitale risultante al 1° gennaio di ogni anno, con i limiti previsti all'ART. 3 e ART. 4. Nel caso in cui intervenga un rimborso anticipato parziale del Mutuo vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.
	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. 2255/2256, Bipiemme Vita S.p.A. con sede legale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano.

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

		Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, relative alla Polizza Collettiva n. 10000000184, 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	L'Istituto di Credito che ha stipulato con le Compagnie 2 (due) apposite Convenzioni per l'assunzione del rischio decesso, invalidità permanente totale, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero e che stipula le Polizze per conto dei propri clienti che sottoscrivono Contratti di Mutuo concessi dalla stessa Contraente.
	Contratto di mutuo	Il Mutuo ipotecario di durata non superiore ai 30 (trenta) anni, incluso il periodo di preammortamento, concesso dalla Banca all'Assicurato al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza.
	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 conferma accollo**	Data comunicata dalla Banca all'accollante a partire dalla quale l'accollo ha effetto.
	Day hospital/ Day surgery	La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di Cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo (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.
	Decorrenza della copertura assicurativa	Data dalla quale le garanzie assicurative cominciano ad operare, sempre che a tale giorno sia stato pagato il relativo premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.
	Durata della copertura assicurativa o del Contratto	Periodo durante il quale il Contratto è efficace.
E	**Esclusioni**	Rischi esclusi o limitazioni relativi alle coperture assicurative prestata dalle Compagnie, riportati nelle Condizioni di Assicurazione.

F	**Franchigia**	Intesa come franchigia assoluta (ossia sempre a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'ammontare del danno). Per le garanzie 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	**Importo del Mutuo**	E' il debito, in linea capitale, del Mutuo erogato alla Banca alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva.
	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	La perdita totale, definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, 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, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
	Ivass	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

M	**Malattia**	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	Modulo di Adesione	Il modulo contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture assicurative sottoscrivendo il quale ciascuna persona fisica, che ha richiesto/accollato/in corso di ammortamento un Mutuo presso la Banca, dichiara di voler aderire alle Polizze Collettive.
P	**Perfezionamento del Contratto**	Momento in cui avviene il pagamento del premio.
	Piano di ammortamento (valido al momento del sinistro)	Il piano di rimborso del Mutuo rilasciato all'Assicurato dalla Contraente al momento della stipula del Mutuo stesso; qualora il sinistro avvenga negli anni successivi al primo, il piano di ammortamento sarà pari al piano di rimborso al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo e conseguente rimborso parziale del premio annuo versato, il piano di rimborso rilasciato all'Assicurato al momento di detta estinzione parziale.
	Polizza Collettiva	Il presente Contratto di Assicurazione stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.
	Preammortamento	Periodo, di durata non superiore a 24 mesi, che decorre dall'erogazione del Mutuo durante il quale, in base alle condizioni del contratto di Mutuo, l'Assicurato non è tenuto alla corresponsione al Contraente di alcun importo ovvero corrisponde al Contraente la parte costituita dalla sola quota interessi.
	Premio	Somma di denaro che viene versata dall'Assicurato alla Banca e, per il tramite della Contraente, viene riversato alle Compagnie in relazione alla copertura assicurativa.
	Prestazione	Importo liquidabile dalle Compagnie in base alle Condizioni di Assicurazione.
R	**Ricovero ospedaliero**	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.
	Surroga passiva	Trasferimento del Contratto di Mutuo presso un altro intermediario alle condizioni stipulate tra l'intestatario del Contratto di Mutuo e l'intermediario subentrante, per effetto del quale quest'ultimo subentra nelle garanzie personali e reali, accessorie al credito cui la surrogazione si riferisce, senza penali od oneri di qualsiasi natura.

Condizioni di Assicurazione

PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il Contratto di adesione individuale alle Polizze Collettive (di seguito il "Contratto") stipulate da Banca Popolare di Milano (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 al Mutuo ipotecario privato (di seguito il "Mutuo") stipulato tra l'intestatario del Mutuo che coincide con l'Assicurato e la Contraente delle Polizze Collettive.

Il Contratto può essere stipulato contestualmente al Mutuo oppure in corso di ammortamento, 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, dal Questionario Anamnestico e dalle eventuali Appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.

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

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

ART. 1. COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contratto prevede le seguenti garanzie, valide per tutti gli Assicurati indipendentemente dalla professione svolta:

- Decesso
- Invalidità Totale Permanente
- Inabilità Temporanea Totale
- Ricovero Ospedaliero

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie in base alle comunicazioni della Contraente e alle dichiarazioni rese dall'Assicurato all'atto dell'adesione.

ART. 2. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato - in particolare quelle fornite mediante la compilazione del "Questionario Anamnestico" - 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.

Qualora sopravvenga un'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato prima della decorrenza delle garanzie che modifica le dichiarazioni riportate sul Questionario Anamnestico, l'Assicurato è tenuto ad informare la Contraente e/o le Compagnie, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione. In questo caso le Compagnie si riservano il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio.

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

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

a) avere sottoscritto con la Contraente delle presenti Polizze Collettive un Contratto di Mutuo:
   - con piano di ammortamento alla francese,
   - di durata non superiore ai 30 (trenta) anni, incluso il periodo di Preammortamento, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del Mutuo,
   - di durata non inferiore ai 10 (dieci) anni nel caso di adesione in corso di ammortamento del Mutuo.

   Il capitale assicurabile per Assicurato non può essere superiore a € 350.000 (trecentoconquantamila); il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e le Compagnie, è pari ad € 500.000 (cinquecentomila/00);

b) essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;

c) avere, al momento dell'adesione del Contratto, una età compresa tra i 18 (diciotto) ed i 70 (settanta) anni compiuti;

d) non compiere i 75 (settantacinque) anni di età entro la scadenza del Mutuo;

e) avere sottoscritto il Modulo di Adesione;

f) avere risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento "Questionario Anamnestico MOD. QA004 ed. 2018/05" che costituisce parte integrante del presente Contratto;

g) non svolgere, all'atto dell'adesione e per tutta la durata del Contratto, alcuna delle seguenti attività professionali: artificiere, paracadutista, pilota ed equipaggio di mezzi aerei, attività su piattaforme petrolifere, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, minatore, speleologo, guida alpina, guardia giurata, armaiolo, qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci, collaudatore di veicoli.

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

ART. 4. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Qualora nel corso della durata del Contratto l'Assicurato sia chiamato a svolgere una delle attività previste al punto g) del precedente ART. 3, dovrà esserne data tempestiva comunicazione alla Banca o alle Compagnie. 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. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

ART. 5. COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI MUTUO

Ove il Mutuo sia cointestato, è possibile assicurare i cointestatari, fino ad un massimo di 8 (otto), purché siano tutti in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'ART. 3 che precede.

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

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

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

Ove, con riferimento a un medesimo Contratto di Mutuo, vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi della copertura assicurativa non pregiudica la continuazione delle coperture assicurative a favore degli altri.

ART. 6. ADESIONE, DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

ART. 6.1. Adesione alle coperture assicurative

L'adesione alle coperture assicurative avviene mediante la compilazione del Questionario

Anamnestico e la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.

L'adesione può avvenire:

(i) in fase di stipula del Contratto di Mutuo;

(ii) entro i successivi 90 giorni dalla data di stipula, surroga, conferma dell'accollo del Mutuo ovvero di messa in ammortamento del capitale mutuato;

(iii) oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato.

ART. 6.2. Decorrenza del Contratto

A condizione che sia stato compilato il Questionario Anamnestico, sottoscritto il Modulo di Adesione, corrisposto il premio contrattualmente previsto e fatto salvo il periodo di carenza eventualmente definito per le singole garanzie, il Contratto decorre dal giorno di stipula del Mutuo, ovvero dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Nel caso di vendita a distanza, dal giorno di pagamento del premio. Farà fede il giorno di addebito del premio sul conto corrente indicato dall'Assicurato.

La decorrenza è comunicata alle Compagnie dalla Contraente.

ART. 6.3. 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 Mutuo e **non può comunque essere superiore a 30 (trenta) anni**, incluso il periodo di Preammortamento, salvo il caso di eventuale rinegoziazione o moratoria del Mutuo.

Le coperture assicurative hanno comunque termine:

- alla scadenza del Mutuo;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso e Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, surroga passiva, accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Assicurato/Accollato non richieda di proseguire la copertura assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Mutuo);
- al 31 dicembre dell'anno di compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato.

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

ART. 7. PREMIO

Il premio è annuo ed è dovuto dall'Assicurato per tutta la durata del Contratto.

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

Premio di perfezionamento inziale = t x KAI x di

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

Premio anni successivi = t x KA

L'ammontare del premio dovuto dall'Assicurato nell'anno di scadenza naturale del Mutuo, sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato al 1° gennaio di tale annualità, per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti sempre tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Mutuo dello stesso anno, come di seguito indicato:

Premio ultima annualità = t x KA x df

dove:

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

t = tasso di premio, 0,39% (zero virgola trentanove per cento)

KAI = capitale assicurato inziale

KA = capitale assicurato al 1° gennaio di ogni anno

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

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

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

Il pagamento di ciascun premio annuo avviene attraverso l'addebito dell'importo stabilito sul conto corrente indicato dal cliente per il pagamento delle rate del Mutuo e viene corrisposto alle Compagnie - alla data di decorrenza del Contratto e quindi al 1° gennaio di ciascun anno successivo - tramite la Banca, in forza del mandato irrevocabile conferito dall'Assicurato alla Banca stessa all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

ART. 8. ESTINZIONE ANTICIPATA, SURROGA PASSIVA E ACCOLLO DEL CONTRATTO DI MUTUO

Nel caso in cui l'Assicurato estingua anticipatamente il Mutuo ovvero il Mutuo sia oggetto di trasferimento (surroga) ad altro ente finanziatore diverso da Banca Popolare di Milano ovvero in caso di accollo (ossia di subentro di altro soggetto nelle obbligazioni assunte dall'intestatario originario del Mutuo), qualora non risultino sinistri aperti, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Banca, la parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato.
Il premio rimborsato sarà pari al premio annuo pagato imponibile, al netto dei costi amministrativi di rimborso del premio indicati nel Modulo di Adesione, moltiplicato per il rapporto tra la durata residua della copertura assicurativa su base annuale (espressa in giorni dalla data di estinzione/trasferimento al 31 dicembre) e la durata della copertura (sempre espressa in giorni, 365 – trecentosessantacinque -, su base annuale):

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

dove:

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

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

In caso di corresponsione della prestazione per le garanzie Decesso e 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 Banca entro la data di richiesta di estinzione anticipata o di surroga passiva del finanziamento.

ART. 9. RIMBORSO ANTICIPATO PARZIALE, RINEGOZIAZIONE E MORATORIA DEL CONTRATTO DI MUTUO

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

Rimborso del premio = P * ((C0 - C1)/C0) * (n-t)/n

dove:

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

C1 = nuovo capitale assicurato (dopo il rimborso anticipato parziale)

C0 = capitale assicurato risultante al 1° gennaio dell'anno di estinzione parziale del Mutuo

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.

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.

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

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

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

ART. 10. DIRITTO DI RECESSO

A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Assicurato può recedere dalle Polizze 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 alla Banca 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. 8. Nel caso di recesso entro 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza, per la sola vendita a distanza, non verranno conteggiati eventuali costi di emissione.

A partire dalla prima ricorrenza annuale, 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 filiale della Banca 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. 11. 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.

La designazione dei Beneficiari ed eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia ovvero disposte per testamento. In tale ultimo caso, per essere efficaci, la relativa clausola testamentaria deve fare espresso riferimento alla polizza vita.

La comunicazione della nomina o revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che, come tale, non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che la nomina o revoca o modifica del Beneficiario non sia stata comunicata alla Compagnia medesima.

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 Banca potrà essere indicata come Beneficiario o vincolatario delle prestazioni assicurative.

ART. 12. 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. 13. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 14. 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. 15. COMUNICAZIONI

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

- per la Polizza n. 2255/2256: Bipiemme Vita S.p.A. - Via del Lauro, 1 – 20121 Milano; posta elettronica certificata: gestioneclienti.bpmvita@pec.it

- per la Polizza n. 10000000184: 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. 16. 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. 17. 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

ART. 18. DECESSO

ART. 18.1. Oggetto della copertura

Fermo restando quanto previsto all'ART. 22, 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 capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale, salvo il caso di cui all'ART. 9 delle presenti Condizioni.

Qualora il contratto di Mutuo preveda un periodo di Preammortamento, il capitale assicurato resterà costante in tale periodo e sarà pari al capitale assicurato iniziale indicato nel Modulo di Adesione.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di estinzione totale del Mutuo 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. 18.2. Limiti di indennizzo

Il capitale assicurato per singolo Assicurato non potrà essere, in nessun caso, superiore a € 350.000 (trecentocinquantamila).

ART. 19. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

ART. 19.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 22, 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 capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale, salvo il caso di cui all'ART. 9 delle presenti Condizioni.

Qualora il contratto di Mutuo preveda un periodo di Preammortamento, il capitale assicurato resterà costante in tale periodo e sarà pari al capitale assicurato iniziale indicato nel Modulo di Adesione.

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. 19.2. Limiti di indennizzo

La garanzia è prestata con il limite massimo di indennizzo di € 350.000 (trecentocinquantamila) per Assicurato.

Eventuali indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, 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 Permanente Totale.

ART. 19.3. 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.

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

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.

ART. 19.4. 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. 20. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

ART. 20.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 22, in caso di Inabilità Temporanea Totale Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro.

Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Mutuo. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all' ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo di Preammortamento, l'indennizzo è pari all'importo effettivo delle rate solo interessi che hanno scadenza durante il periodo di inabilità. Ove le condizioni del Mutuo non prevedano il pagamento di alcuna rata di interessi durante il periodo di Preammortamento, l'indennizzo sarà determinato in base all'importo degli interessi previsti dal piano di ammortamento allegato al Mutuo per la prima rata mensile. In caso di rata con diversa periodicità si calcolano la rata e gli interessi mensili equivalenti. Si precisa che durante il periodo di Preammortamento al fine di individuare sia il giorno di scadenza della rata di indennizzo, si farà riferimento al giorno effettivo di scadenza delle rate che è stato previsto dal contratto di Mutuo (ad esempio se il giorno previsto per il pagamento delle rate è il 15 del mese, ai fini della copertura si farà riferimento a tale giorno anche nel periodo di Preammortamento).

Se il sinistro dovesse avvenire durante l'attività lavorativa, l'Assicurato dovrà dimostrare di esercitare effettivamente un'attività in regola con la normativa vigente.

ART. 20.2. Limiti di indennizzo

La garanzia opera con i seguenti limiti massimi:

a. **€ 2.000 (duemila/00) per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato;**
b. **€ 1.500 (millecinquecento/00) per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga del Mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'accollo.**

La Compagnia liquiderà un massimo di 6 (sei) rate per ogni sinistro e 12 (dodici) nel corso della durata contrattuale trascorso il periodo di franchigia di cui all'ART. 20.4.

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

L'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale. In caso di infortunio o malattia dal quale derivi un ricovero ospedaliero, la prestazione per Inabilità Temporanea Totale verrà liquidata trascorsi 60 (sessanta) giorni di franchigia dalla data di dimissione dall'ospedale.

ART. 20.3. 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. 20.4. Franchigia

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa medicalmente accertata.

ART. 21. RICOVERO OSPEDALIERO

ART. 21.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 22, 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 alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Mutuo. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'ART. 9 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo di Preammortamento, l'indennizzo è pari all'importo effettivo delle rate solo interessi che hanno scadenza durante il periodo di ricovero. Ove le condizioni del Mutuo non prevedano il pagamento di alcuna rata di interessi durante il periodo di Preammortamento, l'indennizzo sarà determinato in base all'importo degli interessi previsti dal piano di ammortamento allegato al Mutuo per la prima rata mensile. In caso di rata con diversa periodicità si calcolano la rata e gli interessi mensili equivalenti. Si precisa che durante il periodo di Preammortamento al fine di individuare sia il giorno di scadenza della rata di indennizzo, si farà riferimento al giorno effettivo di scadenza delle rate che è stato previsto dal contratto di Mutuo (ad esempio se il giorno previsto per il pagamento delle rate è il 15 del mese, ai fini della copertura si farà riferimento a tale giorno anche nel periodo di Preammortamento).

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

ART. 21.2. Limiti di indennizzo

La garanzia opera con i seguenti limiti massimi:

a. **€ 2.000 (duemila/00) per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato;**
b. **€ 1.500 (millecinquecento/00) per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga del Mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'accollo.**

La Compagnia liquiderà, trascorso il periodo di franchigia:

a. **un massimo di 12 (dodici) rate per ogni sinistro e 24 (ventiquattro) nel corso della durata contrattuale qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo entro il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato;**
b. **un massimo di 10 (dieci) rate per ogni sinistro e 20 (venti) nel corso della durata contrattuale qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga del Mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'accollo.**

L'indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea Totale relativamente allo stesso periodo temporale. Nel caso in cui l'infortunio o la malattia comportino l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquiderà per prima la garanzia "Ricovero Ospedaliero" e solo successivamente, ove ne ricorrano i presupposti, la garanzia Inabilità Totale Temporanea.

ART. 21.3. 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. 21.4. 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. 22. ESCLUSIONI

ART. 22.1. 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 o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
5. **partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;**
6. **partecipazione a gare e corse di 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 all'abuso di alcool;**
9. **sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.**

ART. 22.2. Esclusioni relative alle altre garanzie assicurative

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. **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;**
4. **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;**
5. **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;**
6. **viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
7. **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 (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;

8. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
9. **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
10. **guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;**
11. **uso o produzione di esplosivi;**
12. **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;**
13. **Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
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. **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;**
18. **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;**
19. **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;**
20. **pratica da parte dell'Assicurato di gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;**
21. **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
22. **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);**
23. **parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
24. **sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.**

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

ART. 23. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono denunciare tempestivamente il sinistro inviando tutta la documentazione necessaria per la sua definizione, secondo le modalità indicate nei successivi ART. 23.1 e ART. 23.2; 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 inoltre 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. Le spese per i certificati si intendono sempre a carico dell'Assicurato.

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

ART. 23.1. 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 Banca intermediaria 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 Banca intermediaria 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. 23.2. Altre garanzie assicurative

In caso di Invalidità Permanente Totale, 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 n. 11,
10122 – TORINO

Ai fini della liquidazione dei sinistri, il Modulo di Denuncia sinistro dovrà essere corredato da una descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato), dal Modulo di Adesione e dalla seguente documentazione (salvo eventuali integrazioni richieste della Compagnia):

a) In caso di INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE
- Copia del referto del Pronto Soccorso;
- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente.

b) In caso di INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- 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 valido al momento del sinistro.

c) 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 ammortamento valido al momento del sinistro.

ART. 23.3. 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.

ART. 24. 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.

ART. 25. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Ricevuta la documentazione di cui al precedente ART. 23 – 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.

MODULO DI ADESIONE (fac-simile)

alla **Polizza Collettiva n. 2255/2256 e n.10000000184**

tra la Banca Popolare di Milano S.p.A., Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

AGENZIA ..... **N° ASSICURATI** ..... **(massimo 8)**

(Compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurato)

DATI DEL MUTUO

Banca erogante (Contraente della Polizza): Banca Popolare di Milano S.p.A.

Mutuo n°: ..... Mutuo richiesto iniziale €: .....

Capitale assicurato iniziale: € .....

Scadenza: ..... Durata del Mutuo al momento dell'adesione (in mesi): .....

DATI DELL'ASSICURATO

Nome: .....

Cognome: ..... CF: .....

Nato a: ..... Prov: ..... il: .....

Comune di residenza: ..... Prov: ..... CAP: .....

Indirizzo: .....

Il sottoscritto richiede di aderire alla Polizza Collettiva di cui sopra:

- ☐ in fase di stipula del Mutuo
- ☐ nei successivi 90 giorni dalla data di stipula, surroga, conferma dell'accollo del Mutuo ovvero di messa in ammortamento del capitale mutuato
- ☐ oltre il 90° giorno dalla data di stipula, surroga, conferma dell'accollo del Mutuo ovvero di messa in ammortamento del capitale mutuato

PRENDE ATTO CHE:

- la Banca ha stipulato ai sensi dell'articolo 1891 c.c. con Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. una Convenzione per la copertura dei rischi decesso, invalidità permanente totale, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero cui possono aderire i clienti persone fisiche che hanno stipulato un Contratto di Mutuo con la Banca;
- **la Polizza ha carattere facoltativo e che l'erogazione del Mutuo ed ogni altra operazione sul Mutuo stesso non è in alcun modo condizionata da parte della Banca all'adesione alla Polizza;**
- 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 annuo è pari a 0,39% (zero virgola trentanove per cento), comprensivo del 2,50% (due virgola cinquanta per cento) d'imposta per le coperture danni;
- **a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto, le coperture assicurative decorrono dal giorno della stipula del Mutuo oppure dal .....**, **giorno di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;**
  Nel caso di vendita a distanza, dal giorno di pagamento del premio; farà fede la valuta del giorno di addebito del premio sul c/c indicato dall'Assicurato. In qualsiasi caso, ai fini della decorrenza assicurativa, dovranno essere pervenuti alla Banca il Modulo di Adesione e il Questionario Anamnestico - MOD. QA004 ed. 2018/05 debitamente compilati e sottoscritti;

FAC-SIMILE

- l'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio annuo, 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, viene addebitato sul conto corrente indicato dal cliente per il pagamento delle rate del Mutuo;
- **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.**

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;**
- **di avere ricevuto e letto attentamente il "Questionario Anamnestico - MOD. QA004 ed. 2018/05", e di aver risposto negativamente a ciascuna domanda non avendo omesso alcuna risposta.**

L'Assicurato dichiara che, all'atto dell'adesione al Contratto, non svolge alcuna delle seguenti attività lavorative rischiose: artificiere, paracadutista, pilota ed equipaggio di mezzi aerei, attività su piattaforme petrolifere, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, minatore, speleologo, guida alpina, guardia giurata, armaiolo, qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci, collaudatore di veicoli.

L'Assicurato dichiara inoltre di essere a conoscenza:
- **che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese 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 Inabilità Temporanea Totale e/o Ricovero Ospedaliero è inferiore al numero totale di rate del Mutuo.**

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

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Coperture assicurative previste

Decesso - Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero

Premio Totale Lordo al momento dell'adesione:

€ ..... così composto:

	Dettaglio Polizza Vita	Dettaglio Polizza Danni	**TOTALE**
Premio totale lordo	**€**	**€**	**€**
di cui Imposte	€	€	€
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

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara 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. 4 (AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO), ART. 6 (ADESIONE, DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE), ART. 7 (PREMIO), ART. 11 (BENEFICIARI), ART.14 (CESSIONE DEI DIRITTI), ART. 18 (DECESSO), ART. 19 (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE), ART. 20 (INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE), ART. 21 (RICOVERO OSPEDALIERO), ART. 22 (ESCLUSIONI), ART. 23 (DENUNCIA DEL SINISTRO), ART. 24 (CLAUSOLA LIBERATORIA).

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa sulla protezione e 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

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (fac-simile)

per l'adesione alla

Polizza Collettiva CPI MUTUI n. 2255/2256 e n.10000000184

MOD. QA004 ed. 2018/05

Il presente Questionario deve essere compilato integralmente, senza omettere alcuna risposta, a cura dell'Assicurato e deve essere sottoscritto in calce dall'Assicurato stesso a conferma delle dichiarazioni sotto riportate.

FAC-SIMILE

DATI DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome..... Data di nascita .....

Domiciliato in ..... Cap ..... Prov. .....

Via ..... Telefono .....

Indirizzo e-mail .....

DATI DEL MUTUO

Numero Mutuo ..... Scadenza.....

Durata del Mutuo al momento dell'adesione (in mesi) .....

Importo del Mutuo richiesto € ..... Capitale assicurato € .....

DATI DELLA FILIALE

Filiale ..... Operatore ..... Firma Operatore .....

DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

ATTENZIONE: RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO SI/NO

1) Soffre di morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi a placche? **SI** **NO**

2) Soffre o ha sofferto di sieropositività per HIV, AIDS o malattie HIV-correlate? **SI** **NO**

3) Soffre o ha sofferto di dipendenza da sostanze stupefacenti e/o alcool? **SI** **NO**

4) E' titolare di una pensione di invalidità o sta per avviare una procedura di richiesta d'invalidità maggiore o uguale al 66%? **SI** **NO**

5) Ha sofferto o soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: **SI** **NO**
   - neoplasie maligne e leucemie,
   - valvulopatie, coronaropatie, infarto del miocardio, ipertensione arteriosa grave - ovvero pressione arteriosa minima superiore o uguale a 120 e/o pressione arteriosa massima superiore o uguale a 210,
   - cirrosi epatica, epatopatie croniche attive, HBV e HCV correlate, pancreatite,
   - miastenia grave,
   - ictus, aneurismi, pregresse emorragie cerebrali, infezioni ed ascessi cerebrali, malattie del midollo spinale,

- Insufficienza renale cronica.

6) La differenza tra la sua altezza (in cm) ed il suo peso (in Kg) è inferiore a 70 o superiore a 125? Indicare: Altezza in cm ..... – Peso in kg ..... = ... SI NO

7) Ha avuto altre assicurazioni a protezione della sua salute stornate per sinistro negli ultimi 3 anni? SI NO

8) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita? Oppure un'accettazione a condizioni particolari? SI NO

DICHIARAZIONI

Io sottoscritto:

- **dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me date sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza. Riconosco che le stesse sono elementi essenziali, a pena di nullità per la valutazione del rischio da parte delle Compagnie (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);**
- **prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali le Compagnie credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalle Compagnie stesse comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.**

Il presente Questionario Anamnestico forma parte integrante dell'emittenda Polizza n. 2255/2256 e n.10000000184

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa consegnatami sulla protezione e sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili, 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 DELL'ASSICURATO .....

QUALORA SOPRAVVENGA UN'EVOLUZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO PRIMA DELLA DECORRENZA DELLE GARANZIE CHE MODIFICA LE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL PRESENTE DOCUMENTO, L'ASSICURATO È TENUTO AD INFORMARE LA CONTRAENTE E/O LE COMPAGNIE, AL FINE DI ESPLETARE NUOVAMENTE LE FORMALITÀ DI ADESIONE. IN QUESTO CASO LE COMPAGNIE SI RISERVANO IL DIRITTO DI RIVEDERE LE CONDIZIONI DI ACCETTAZIONE O DI RIFIUTARE IL RISCHIO.

FAC-SIMILE

BPMVITA BPMASSICURAZIONI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

Polizza Collettiva n. 10000000184

Per le GARANZIE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE, 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

Mutuo n°: ..... **n° intestatari/cointestatari Contratto di Mutuo:** .....

Cognome e Nome di tutti gli intestatari/Assicurati:

1) .....
2) .....
3) .....
4) .....
5) .....
6) .....
7) .....
8) .....

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;
- Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso;
- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;

☐ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

- Modulo di adesione alla Polizza;
- Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- 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 valido al momento del sinistro.

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

RICOVERO OSPEDALIERO

- Modulo di adesione alla Polizza;
- Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- 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 ammortamento valido al momento del sinistro.

Cognome e Nome Beneficiario/i .....

IBAN (eventualmente più di uno): .....

Il sottoscritto dà atto che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 10000000184 gli è stata resa l'informativa e ha prestato il consenso al trattamento dei propri dati.

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

FAC-SIMILE

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