Contratto di assicurazione del credito

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni **Prodotto: "Formula Mutuo al Sicuro – Danni"**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, riservata ai correntisti della Banca di Credito Cooperativo titolari di un contratto di mutuo ipotecario di nuova erogazione, accollo, mutuo s.a.l., surroga, corrisponde un indennizzo all'Assicurato per Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia ≥ 60% per un importo pari al debito residuo del mutuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale.

Che cosa è assicurato?

✓ **Coperture assicurative:** l'assicurazione corrisponde al Beneficiario un indennizzo qualora si verifichi un sinistro per:

- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia ≥ 60%;
- ✓ Decesso (le informazioni relative a questa garanzia sono contenute nell'apposita sezione Ramo Vita del presente Set Informativo).

Le garanzie sono offerte congiuntamente come parte di un unico pacchetto assicurativo.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone fisiche o, in caso di Aderente persona giuridica, le persone chiave, che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione che:

- Non abbiano un'età compresa tra i 18 e i 65 anni o che abbiano alla scadenza del finanziamento un'età superiore a 75 anni. Per età si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi;
- Non abbiano risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il questionario sanitario (QS) fornito dalla Compagnia o se, nei casi in cui è previsto, non presentino il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico o non abbiano effettuato gli accertamenti richiesti (in alcuni casi è richiesta la presentazione di specifica documentazione sanitaria);
- Svolgano (in caso di persone fisiche) o ricoprano un ruolo all'interno dell'Impresa Aderente che gli faccia svolgere (in caso di Impresa Aderente persona giuridica) una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- Non siano correntisti della Banca di Credito Cooperativo;
- Non abbiano sottoscritto il contratto in qualità di mutuatario con la Banca di Credito Cooperativo e non abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla copertura assicurativa.

In caso di Aderente persona giuridica, non sono assicurabili inoltre le persone chiave che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non ricoprano all'interno dell'impresa aderente sottoscrittrice del contratto di mutuo uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale. Non è assicurabile il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Ci sono limitazioni alla copertura?

Il contratto di mutuo è assicurabile se sono rispettate le seguenti caratteristiche:

- Durata compresa tra i 60 mesi e i 420 mesi, inclusiva di un eventuale periodo di pre-ammortamento di durata massima pari a 4 mesi;
- Un capitale minimo di € 25.000,00 e massimo di € 500.000,00 se monointestato;
- Un capitale minimo di € 50.000 e massimo di € 1.000.000 in caso di cointestazione.
- Mutuo ipotecario di nuova erogazione, surroga e accollo di mutuo ipotecario, mutuo stato avanzamento lavori ("mutuo s.a.l." se tra la prima e l'ultima data di erogazione del mutuo – piano di ammortamento - non siano trascorsi più di 18 mesi)

Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia≥ 60%:

- L'indennizzo in caso di infortunio o malattia può prevedere l'applicazione di franchigie e periodi di carenza previsti dalla polizza;
- L'infortunio o la malattia, per dare diritto all'indennizzo, devono essersi verificate nel periodo di vigenza dell'assicurazione;
- L'invalidità totale permanente da malattia deve essere stata riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia che l'hanno provocata;
- La Società deve aver accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Aderente a ricevere l'indennizzo;
- Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile;
- Non sono coperti sinistri determinati da tumulti popolari se l'Assicurato vi ha preso parte attiva.

Sono esclusi sinistri conseguenza di:

- Malattie tropicali o epidemiche;
- Ubriachezza, uso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Aderente;
- Operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da infortunio dell'Assicurato;
- Atti volontari di autolesionismo dell'Aderente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc…);
- Guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare (la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Aderente è assegnato a servizio professionale attivo);
- Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanzia o qualsiasi altro corpo militare;
- Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente è privo della prescritta abilitazione;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente è privo della prescritta abilitazione;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione dell'Aderente in competizioni agonistiche e nelle relative prove.

Dove sono coperto dall'assicurazione?

✓ Le garanzie sono valide in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa.
- L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio: gli aggravamenti e le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
- L'Assicurato deve sottoporsi a specifici accertamenti delle condizioni di salute secondo quanto riportato in polizza.

Quando e come devo pagare?

L'assicurazione prevede un premio unico anticipato per tutta la durata del finanziamento oppure un premio unico anticipato per i primi 5 o 10 anni di durata del mutuo e poi un premio annuo costante. Il premio viene pagato mediante addebito tramite SDD.

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- L'assicurazione ha durata pari a quella del contratto di mutuo, con il minimo di 60 mesi (5 anni) e un massimo di 420 mesi (35 anni), inclusiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi). Il contratto ha dunque durata poliennale.
- Le garanzie cessano alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
  - Scadenza originaria del contratto di mutuo;
  - Esercizio del diritto di recesso;
  - Liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso di decesso o invalidità totale permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato;
  - Estinzione anticipata, rinegoziazione o trasferimento del mutuo originariamente stipulato, salvo che l'Assicurato richieda la continuazione dell'assicurazione;
  - Interruzione del pagamento del premio annuo costante, qualora l'Aderente abbia scelto la formula di copertura a premio unico per i primi 5 o 10 anni del mutuo e successivo premio annuo: il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata;
  - Alla comunicazione da parte dell'Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi.

Come posso cancellare il contratto?

L'Assicurato può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo idoneo, o altro mezzo idoneo, da inviarsi:

- entro 60 giorni dalla data di decorrenza o dalla data iniziale;
- dopo 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate almeno 5 annualità

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 02652360237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1782224 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 14.448.000 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19 settembre 1996 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.bccassicurazioni.com

Assicurazione temporanea in caso di morte da infortunio o da malattia

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

BCC Vita S.p.A.

Prodotto: FORMULA MUTUO AL SICURO (4C46U-4C47U-4C48U)

Data di realizzazione: 01/01/2019- Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte da infortunio o da malattia per i sottoscrittori di un Contratto di Finanziamento in forma di Mutuo. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alla copertura del rischio di invalidità totale permanente da infortunio o malattia prestata da BCC Assicurazioni S.p.A.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ *Sono assicurabili i mutui ipotecari di nuova erogazione, mutui ipotecari SAL (stato avanzamento lavori), le surroghe di mutui ipotecari e gli accolli di mutui ipotecari per la seguente garanzia:*
  - ✓ *Prestazione in caso di morte da infortunio o malattia: nel caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, è prevista la corresponsione ai beneficiari di un capitale.*
- ✓ *La somma assicurata*
  - ✓ *Il capitale assicurato è determinato sulla base del contratto di mutuo stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo, o alla quota parte dello stesso (anche in caso di eventuale cointestazione), quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.*
  - ✓ *Il capitale assicurabile non può essere inferiore a 25.000,00 Euro, e superiore a 500.000,00 Euro.*

Che cosa NON è assicurato?

- × *Non sono assicurabili:*
  - × *I mutui già in corso di erogazione;*
  - × *I mutui diversi da quelli previsti nella sezione Che cosa è assicurato;*
  - × *I mutui con un periodo di preammortamento maggiore a 4 mesi;*
- × *La copertura assicurativa può avere una durata minima di 5 anni e massima di 35 anni (compreso l'eventuale periodo di preammortamento).*

Ci sono limiti di copertura?

- ! *È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:*
  - ! *Partecipazione attiva dell'Assicurato e delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari, guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo, suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;*
  - ! *Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
  - ! *Etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;*
  - ! *Pratiche di sport pericolosi come, ad esempio, attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;*
  - ! *Volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;*
  - ! *Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;*

- ! *Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;*
- ! *Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.*

! *Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.*

! *Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.*

Dove vale la copertura?

✓ *Non vi sono limiti territoriali alla copertura.*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

- *L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.*
- *In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP aggiuntivo.*
- *L'assicurato deve sottoscrivere il modulo di adesione*
- *L'Assicurato deve compilare il Questionario sanitario nelle modalità previste nel DIP Aggiuntivo.*
- *Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:*
  - *Trasferimento di domicilio dell'aderente/Assicurato in uno stato estero;*
  - *Trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;*
  - *Modifiche di professione dell'assicurato intervenute in corso di contratto.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.*

Quando e come devo pagare?

- *A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio calcolato secondo la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.*
- *Per ogni singolo Assicurato, il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, in funzione del capitale assicurato, dell'età assicurativa e della durata in mesi, in particolare:*
  - *Forma tariffaria a premio unico, l'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del mutuo,*
  - *Forma tariffaria a premio unico iniziale limitato, a scelta dell'Assicurato, dei primi 5 o 10 anni del mutuo e successivamente a premio annuo costante per la parte residua di durata del mutuo.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene, sempre che sia stato pagato il premio, dalle ore 24:00 della data in cui l'assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza*
- *La durata dell'assicurazione, relativa ai singoli Assicurati, è pari a quella del Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (durata massima pari a 4 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del mutuo a ciascun Assicurato. La copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 (5 anni) e massima di 420 mesi (35 anni).*
- *La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:*
  - *Scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;*
  - *Pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;*
  - *Trasferimento del domicilio dell'Aderente/Assicurato in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi;*
  - *In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio (unico o unico iniziale limitato) pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del Mutuo originariamente stipulato.*

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

- *L'assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.*
- *La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il diritto di recesso.*
- *Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.*

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI × NO

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

Assicurazione del credito

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

Imprese: BCC Vita S.p.A. (Ramo Vita) - BCC Assicurazioni S.p.A. (Rami Danni)

Prodotto Formula Mutuo al Sicuro

Data di aggiornamento: 05/09/2019 – Il presente DIP aggiuntivo multirischi è l'ultimo disponibile

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Imprese:
- Per l'assicurazione Vita: BCC Vita S.p.A. (gruppo Cattolica Assicurazioni), sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccvita.it; e-mail: info@bccvita.bcc.it; bccvita@pec.gruppocattolica.it. Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002; Iscrizione all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00143.

BCC VITA S.p.A.
Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- *del Patrimonio Netto è pari a 179 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 62 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 106 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 72 milioni di euro **(a);***
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 33 milioni di euro;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 153 milioni di euro **(b)**;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 144 milioni di euro.*

*Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,12 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.*
Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.bccvita.it.

- Per l'assicurazione Danni: BCC Assicurazioni S.p.A (gruppo Cattolica Assicurazioni), sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Telefono 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; email: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

BCC Assicurazioni S.p.A.
Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 10 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14 milioni di euro – le perdite portate a nuovo sono pari a 3 milioni);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 8 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,7 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 13,5 milioni di euro (b).
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 13,2 milioni di euro

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,68 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=33568&i_menuID=45810

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle garanzie offerte.

Ramo Vita:

- L' indennizzo per sinistro non potrà superare gli importi di seguito indicati:
  - 200.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il solo Questionario Sanitario e per un'età fino a 60 anni. Se l'età dell'Assicurato è superiore a 60 anni è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
  - 300.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e presentato il rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
  - 500.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e presentato il rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti**.**
- Il capitale di 500.000 Euro deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Mutuo di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto con la Compagnia stessa o altre Compagnie del Gruppo Cattolica Assicurazioni.
- In fase di sottoscrizione del contratto, l'Assicurato può richiedere che il capitale assicurato possa coprire, nel rispetto dei limiti previsti, l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.
- Non è possibile assicurare mutui che hanno un importo erogato superiore al capitale massimo assicurabile: 500.000,00 Euro per singola testa assicurata. In caso di cointestazione l'importo massimo è pari a 1.000.000,00.
- Il capitale assicurato è determinato sulla base del contratto di mutuo stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo, o alla quota parte dello stesso (anche in caso di eventuale cointestazione) come sotto definito, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.
- Il debito residuo, o quota parte dello stesso, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN, della durata dell'assicurazione e dell'eventuale periodo di preammortamento indicati nel Modulo di Adesione.
- In caso di estinzioni parziali del Contratto di Mutuo che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'Assicurato, il capitale assicurato è conseguentemente ridotto. Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).
- Relativamente alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante: il capitale assicurato iniziale coperto tramite il pagamento del premio annuo costante, è pari all'ammontare del debito residuo (o quota parte dello stesso) che risulta al termine della copertura iniziale pagata con il premio unico.
- Se la durata del mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario, allegato al Modulo di Adesione.
- Il premio unico e premio unico iniziale limitato possono essere finanziati. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.
- In caso di mutui con importo erogato superiore al capitale assicurato (50% o 75% dell'importo erogato), in caso di sinistro per morte, la Compagnia liquiderà un capitale quantificato applicando al residuo del debito in linea capitale (così come risultante dal contratto di mutuo) la percentuale convenuta in fase di sottoscrizione. Tale percentuale è indicata nel Modulo di Adesione.
- Si precisa che in caso di due Assicurati, la predetta percentuale sarà applicata pro-quota per Assicurato.

Rami danni:

Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia ≥ 60%
Relativamente alla garanzia danni, si precisa che l'indennizzo consiste in un importo pari al Debito Residuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%.Il debito residuo è determinato dalla Compagnia e calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione. Ai fini della determinazione del debito residuo o quota parte dello stesso quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:
 dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
 maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del

decesso dell'Assicurato.
Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).
Se la durata del mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento calcolato dalla Compagnia e allegato al Modulo di Adesione.

L'indennizzo massimo previsto per ogni aderente, è di euro 500.000, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti che l'aderente avesse contemporaneamente in corso con la Banca di Credito Cooperativo.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?
(Inserire la domanda e il box sottostante se la polizza prevede opzioni con riduzione di premio e/o con premio aggiuntivo)

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Rami Danni	Non sono previste opzioni con riduzione del premio

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Rami Danni	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Assicurazione vita:** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita **Assicurazione danni:** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Ci sono limiti di copertura?

***Rami* Vita:** Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.
Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.
Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
La data di decorrenza della copertura non può in ogni caso protrarsi oltre 30 giorni dalla data di erogazione del mutuo.
Per i mutui SAL (Stato avanzamento lavori), la copertura decorre dal momento dell'erogazione dell'ultima tranche del mutuo; tra prima e ultima tranche di erogazione non possono essere trascorsi più di 18 mesi..

***Rami Danni**:* Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, si precisa che l'assicurazione non opera e nessun indennizzo è dovuto ove il sinistro sia conseguenza di partecipazione attiva dell'Aderente a scioperi e sommosse

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro

Denuncia di sinistro

***Ramo Vita*:** Il Contraente e/o l'Assicurato e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:
In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto; fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - in presenza di testamento:
    - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
    - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
  - in assenza di testamento:
    - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
  - dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
  - in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
  - in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
  - una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.
- Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa
- Il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari.
- Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.
- Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Ramo Danni: *In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto all'impresa, entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del sinistro. Per dare avviso scritto di sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare il modulo previsto dalle*

	Condizioni di Assicurazione, e devono inoltrarlo a: BCC Assicurazioni S.p.A. c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA) a mezzo raccomandata AR o all'indirizzo PEC sinistri.cattolica@legalmail.it, unitamente alla documentazione indicata nelle Condizioni di Assicurazione.
	Prescrizione: ***Ramo Vita*:** I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge. **Ramo Danni:** Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
	Liquidazione della prestazione: ***Ramo Vita:*** Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare. Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto. La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che siamaturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto **Ramo danni:** In caso di sinistro, l'Impresa provvederà al pagamento dell'indennizzo o al suo rigetto, entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro da parte dell'Impresa o, qualora la denuncia fosse sfornita della necessaria documentazione a corredo, entro 30 giorni dalla ricezione di tale documentazione (che l'Impresa richiederà entro 10 giorni dalla denuncia di sinistro)
	Gestione da parte di altre imprese*:* nessuna indicazione
	Assistenza diretta/in convenzione: nessuna prestazione fornita direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con la compagnia.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	**Ramo Vita:** L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: – Ha diritto, quando il contraente e/o l'assicurato ha agito con dolo o colpa grave: – di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; – di trattenere il premio. – Ha diritto, quando il contraente e/o l'assicurato non ha agito con dolo o colpa grave: – di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; – di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente. **Ramo Danni:** Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che

	influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione. Influiscono sulla valutazione del rischio le informazioni relative allo stato di salute e ad eventuali malattie pregresse nonché lo svolgimento di una delle seguenti professioni: - collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere; - attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose; - controfigura e stuntman; - attività circensi; - cavatore e/o addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza uso di esplosivi) - palombaro - sommergibilista - pilota membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, aereo cargo, di elicottero, elicottero per soccorso e/o antincendio

Quando e come devo pagare?

Premio	**Ramo vita**: Il premio unico e premio unico inziale limitato possono essere finanziati. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative. Qualora sia stata prescelta la formula tariffaria che prevede un premio unico iniziale limitato e successivamente un premio annuo costante, non è possibile finanziare il premio relativo al periodo assicurato tramite il pagamento del premio annuo costante. Non è possibile finanziare il premio, qualora sia stato richiesto di assicurare l'importo del mutuo erogato in misura parziale (50%-75%). **Ramo Danni:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Rimborso	***Ramo Vita:*** *In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del mutuo, avvenuta:* – *nel periodo di copertura assicurato tramite premio unico (4C46U) o premio unico iniziale limitato (4C47U): la Compagnia restituisce all'Assicurato la quota parte del premio unico pagato e non goduto secondo le modalità definite in seguito.* *In alternativa è prevista la facoltà dell'Assicurato di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di premio unico pagato e non goduto.* *L'Assicurato (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del Contratto di mutuo), contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata (parziale o totale) o il trasferimento del Contratto di mutuo, deve manifestare per iscritto la propria scelta.* *La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la Contraente, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data dell'operazione sul Contratto di mutuo, gli eventuali estremi del Beneficiario e le coordinate del conto corrente di accredito.* – *nel periodo di copertura assicurato tramite premio annuo costante (4C48U):* – *in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza annuale successiva;* – *in caso di estinzione anticipata parziale, viene mantenuta la copertura assicurativa in essere.* *Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sotto riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 50,00 Euro.* ***Estinzione anticipata parziale del Contratto di Mutuo*** – *L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro (riferito all'importo versato per l'estinzione parziale) e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.* – *L'importo del premio puro (riferito all'importo versato per l'estinzione parziale) da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita all'importo versato per l'estinzione parziale del contratto di mutuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del mutuo e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.* – *La Compagnia provvede anche restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.* – *Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € 50,00. Qualora l'importo risulti inferiore a € 50,00, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.* ***Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Mutuo*** – *L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio.*

	– *L'importo del premio puro da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al capitale assicurato residuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del mutuo e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.* – *La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.* **Ramo danni:** - In caso di estinzione anticipata **totale** del finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro istituto avvenuto nel periodo di copertura assicurata a **premio unico anticipato**, la compagnia restituisce all'aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'importo da rimborsare viene determinato al netto delle imposte) in funzione di criteri analiticamente previsti nelle condizioni di assicurazione. In caso di estinzione anticipata **totale** del finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro istituto avvenuto nel periodo di copertura assicurata a **premio annuo costante** il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio; - In caso di estinzione anticipata **parziale** del finanziamento nel periodo di copertura assicurata a **premio unico anticipato**, la compagnia restituisce all'aderente la quota parte di premio unico pagato e non goduto (al netto delle imposte) e la polizza rimane in essere per i valori di capitale/rata protetta corrispondenti a quanto ancora in ammortamento dopo l'operazione di estinzione anticipata parziale. L'importo da rimborsare viene determinato al netto delle imposte in funzione di criteri analiticamente previsti nelle condizioni di assicurazione. In caso di estinzione anticipata **parziale** del finanziamento nel periodo di copertura assicurata a **premio annuo costante** il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio
Sconti	**Assicurazione danni**: il contratto ha durata poliennale ed è previsto uno sconto sul premio, come previsto dall'art. 1899 codice civile.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	***Ramo Vita:*** È prevista la possibilità per l'Assicurato di interrompere il pagamento dei premi successivi al primo. In caso di mancato pagamento del premio annuo costante, ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, il contratto è risoluto di diritto trascorsi venti giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata **Ramo Danni:** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Sospensione	**Ramo Vita:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e Danni. **Ramo Danni:** Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto

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

Revoca	*Non è prevista la revoca per Aderente.*
Recesso	***Ramo Vita:*** L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. . Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. **Ramo danni:** Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza

	L'Aderente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo, direttamente alla Compagnia o alla Banca di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente a BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it Numero Verde: 800.471800. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Aderente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite della Banca di Credito Cooperativo o direttamente dall'Aderente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente, senza alcun onere a carico di quest'ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, e n t r o 3 0 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Aderente. <u>Recesso durante la vigenza del contratto – trascorsi 5 anni di copertura</u> L'Aderente ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità. Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idonea a BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano Mail infore@bccassicurazioni.bcc.it Numero Verde: 800.471800. Il diritto di recesso può essere esercitato soltanto nel caso in cui siano trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta. <u>Rimborso del premio in caso di recesso trascorsi 5 anni di copertura</u> In caso di Recesso trascorsi i cinque anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di premio D a n n i pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
Risoluzione	**<u>Ramo vita</u>:** In caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante, qualora l'Aderente abbia scelto la formula di copertura a Premio Unico per i primi 5 o 10 anni del Mutuo e successivo premio annuo. Ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata ed in tal caso cessano gli effetti della garanzia. **<u>Ramo Danni</u>:** In caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante, qualora l'Aderente abbia scelto la formula di copertura a Premio Unico per i primi 5 o 10 anni del Mutuo e successivo premio annuo. Ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata ed in tal caso cessano gli effetti della garanzia

A chi è rivolto questo prodotto?

<u>Ramo vita:</u>
Il prodotto è destinato ai soggetti (persona fisica) che:
- abbiano un'età assicurativa alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 e 65 anni;
- abbiano un'età assicurativa a scadenza del finanziamento minore o uguale a 75 anni.

Sono assicurabili anche le persone giuridiche, in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di Key Man nell'Impresa Aderente come: Amministratore Delegato, Proprietario, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.

In caso di cointestazione del mutuo è possibile assicurare uno solo dei Cointestatari, o in alternativa, ciascun delle persone fisiche intestatarie del contratto di Mutuo (fino ad un massimo di 2).

<u>Ramo Danni</u>:
Il prodotto è rivolto ai correntisti della Banca di Credito Cooperativo titolari di un contratto di mutuo ipotecario di nuova erogazione, accollo, mutuo s.a.l., surroga.

Quali costi devo sostenere?

***Ramo Vita*:**

- ***Costi gravanti sul premio***:
  - *I costi gravanti sul premio unico e sul premio annuo costante vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto e sono rappresentati nella tabella che segue.*

Costi gravanti sul premio	*50% del premio*

  - *Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato*
  - *In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.*

- ***Costi per riscatto***:
  - *Non è previsto il riscatto.*

- ***Costi per l'erogazione della rendita:***
  - *Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.*

- ***Costi per l'esercizio delle opzioni***
  - *Non sono presenti opzioni contrattuali.*

Per tutti i rami

- ***Costi di intermediazione***
  - *Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:*

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	*70,00%*

- ***Costi dei PPI:***
  - *Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.*

Rami Danni:

Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	35 %

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI □ NO

Valori di riscatto e riduzione	Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	**Ramo Vita:** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail reclami@bccvita.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento. **Ramo danni:** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A - Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 02.21072280 E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it, indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC:* ***ivass@pec.ivass.it .*** *Info su:* ***www.ivass.it***
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito* ***www.giustizia.it****. (Legge 9/8/2013, n. 98)* **Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale**
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa..* **Facoltativa**
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Ramo Vita:** Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm **Ramo danni:** Qualora tra l'aderente e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Aderente, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	***Ramo Vita:*** Imposta sui premi I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. **Ramo Danni:** I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%

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

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

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

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

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 02652360237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1782224 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 14.448.000 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19 settembre 1996 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.bccassicurazioni.com

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

FORMULA MUTUO AL SICURO

Prestazioni assicurate da:

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

Le presenti Condizioni di Assicurazione Ed. 01/01/2019, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:

- **DIP Danni, Ed. 01/01/2019**
- **DIP Vita, Ed. 01/01/2019**
- **DIP aggiuntivo multirischi Ed. 05/09/2019**

Edizione aggiornata al 01/01/2019

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Aderente/Assicurato:
Soggetto che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Banca di Credito Cooperativo e che firma il Modulo di Adesione e paga il Premio.

In caso di Persona Fisica, Aderente e Assicurato corrispondono allo stesso soggetto, pertanto ai fini del presente contratto sono da considerarsi sinonimi.

Sono assicurabili fino ad un massimo di 2 persone fisiche, cointestatarie del Contratto di Mutuo.

In caso di Persona Giuridica:

- **Aderente è l'Impresa** (di seguito denominata anche "Impresa Aderente"), che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Banca di Credito Cooperativo e che firma, nella persona del suo Legale Rappresentante, il Modulo di Adesione e paga il premio;

- **Assicurato è la Persona Fisica**, considerata dall'Impresa Persona Chiave, fino ad un massimo di due, designata dall'Impresa Aderente e indicata nel Modulo di Adesione, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione.

  L'Assicurato deve ricoprire all'interno dell'Impresa Aderente uno o più dei seguenti ruoli: Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale.

Il soggetto assicurato deve aver sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate e deve presentare i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Assicurazione: La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto di Mutuo e a beneficio dell'Aderente che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

Contraente: Il soggetto che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva con la Società.

Contratto di Mutuo: E' il contratto di Mutuo Ipotecario col quale una parte (mutuante solitamente una banca) consegna all'altra (mutuatario, colui che chiede il mutuo) una determinata quantità di denaro e l'altra si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, altrettanta quantità di denaro maggiorato degli interessi concordati nel contratto.

Per poter essere assicurati i contratti di Mutuo devono avere una durata compresa tra 60 e 420 mesi, inclusiva di un eventuale periodo di pre-ammortamento di durata massima di 4 mesi.

In caso di Aderente Persona Giuridica: Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Data Iniziale:

a) **Nel caso di contratto relativo a Mutuo a concedersi:** le ore 24.00 del giorno in cui è erogata a favore dell'Aderente la somma oggetto del Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

b) **Nel caso di contratto relativo a Mutuo già in precedenza concesso ed erogato (max 30gg prima)**: le ore 24.00 del giorno in cui è sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale.

c) **Nel caso di Accollo di Mutuo**: le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuto l'Accollo sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione (è possibile assicurare anche le operazioni di Accollo entro 60 giorni dalla data riportata nell'Atto Notarile). La data iniziale è la data riportata nell'Atto notarile di Accollo e l'importo assicurato deve coincidere con il debito residuo alla data dell'Accollo.

d) **Nel caso di Contratto relativo a Mutuo S.A.L**.: le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuta l'ultima erogazione della tranche di Mutuo sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione. E' possibile assicurare le operazioni di Mutuo S.A.L. entro 60 giorni dall'ultima tranche erogata del Mutuo – che coincide con la data di inizio ammortamento.

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

Età Assicurativa: L'età dell'Aderente, espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

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

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

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

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

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

Invalidità totale permanente da Infortunio o da Malattia

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Aderente, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n°1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". Si precisa che in ogni caso deve

ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Malattia:
Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

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

Modulo di Adesione: La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e dall'Assicurato (ove i due soggetti non coincidano), per aderire alla Polizza Convenzione Collettiva.

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

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

Periodo di Franchigia Assoluta:
Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

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

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

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

Premio Unico: Importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società in soluzione unica, al momento della conclusione del contratto, per la copertura dell'intera durata del mutuo, oppure per la copertura dei primi 5 o 10 anni di durata del mutuo stesso.

Premio Annuo Costante: Importo annuale e costante che l'Aderente si impegna a corrispondere annualmente alla Società, dalla scadenza del periodo di copertura dei primi 5 o 10 anni di durata del mutuo, già precedentemente pagati con Premio Unico.

Questionario Sanitario o anamnestico: Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 60% (*)** (Cfr *Condizioni Particolari del presente Set Informativo Ramo Danni*);
- **DECESSO** (Cfr *Ramo Vita del presente Set Informativo*);

A ciascun Assicurato, le predette garanzie sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, dove l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia è una garanzia appartenente al ramo Danni, prestata dalla Compagnia **BCC Assicurazioni S.p.A** e disciplinata nel presente Set Informativo, mentre il Decesso è una garanzia di ramo vita, prestata dalla compagnia **BCC Vita S.p.A..** La garanzia Decesso è disciplinata nell'apposita sezione Ramo Vita del presente Set Informativo.

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

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. **In caso di Aderente Persona Fisica**: è assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. Sia correntista della Banca di Credito Cooperativo;
2. abbia sottoscritto il Contratto in qualità di mutuatario con la Banca di Credito Cooperativo e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;
3. abbia un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 65 anni e abbia un'età massima a scadenza della copertura pari a 75 anni;

   Per età si intende "*età assicurativa*" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi.

4. abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Compagnia e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

   In presenza di specifici parametri è richiesta inoltre la presentazione di ulteriore documentazione sanitaria come meglio disciplinato nell'Art. 27 – Accertamenti sanitari.

ATTENZIONE **– Resta inteso che la Compagnia ha diritto:**

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

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

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

2.2. Nel caso in cui il Contratto sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari, è data la possibilità di scegliere fra le seguenti alternative:

- ***Assicurare uno solo dei contestatari***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo;

- ***Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di 2)***, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità di cui Art. 2.1. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata al 50% dell'intero importo del mutuo.

L'Aderente deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente nel corso del contratto trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

2.3. **In caso di Aderente Persona Giuridica**: è assicurabile la Persona Fisica/Persona Chiave che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. ricopra all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: **Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale**;
2. abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate;
3. abbia un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 65 anni e abbia un'età massima a scadenza della copertura pari a 75 anni;

   Per età si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi.
4. abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Compagnia e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

In presenza di specifici parametri è richiesta inoltre la presentazione di ulteriore documentazione sanitaria come meglio disciplinato nell'Art. 27 – Accertamenti sanitari.

ATTENZIONE **– Resta inteso che la Compagnia ha diritto:**
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;

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

5. **ricopra un ruolo all'interno dell'Impresa Aderente che NON gli faccia svolgere una delle seguenti professioni**: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

2.4. Nel caso di Impresa Aderente con più persone chiave assicurabili viene data la possibilità di scegliere fra le seguenti opzioni:

- ***Assicurare uno solo soggetto***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo;

- ***Assicurare ciascuna delle persone chiave*** (fino ad un massimo di 2) identificate dall'impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità sopra esposte. Dovrà essere sottoscritta un Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo. La percentuale è uguale per ciascun Assicurato.

L'Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

In caso di Aderente Persona Giuridica: Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE
In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia, Beneficiario della prestazioni è l'Aderente stesso.
In caso di Aderente Persona Giuridica, deve essere espresso il consenso scritto da parte dell'Assicurato.

Art. 4 – REQUISITI DI ASSICURABILITA' DEL CONTRATTO DI MUTUO

Il contratto di Mutuo, garantito da ipoteca, con il quale la Banca Contraente concede in prestito una determinata somma di denaro all'Aderente, che lo stesso si impegna a restituire alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, deve avere le seguenti caratteristiche:

- durata compresa tra i 60 mesi (5 anni) e i 420 mesi (35anni), inclusiva di un eventuale periodo di pre-ammortamento di durata massima pari a 4 mesi;
- un capitale minimo di € 25.000,00 e massimo di € 500.000,00 se monointestato;
- un capitale minimo di € 50.000 e massimo di € 1.000.000 in caso di cointestazione. In caso di cointestazione, possibile solo se il Contratto di Mutuo viene erogato a favore di persone fisiche, il numero complessivo dei cointestatari non potrà essere superiore a 2;

In fase di sottoscrizione del contratto, l'Assicurato può richiedere che il capitale assicurato possa coprire, nel rispetto dei limiti previsti, l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

Oltre ai Mutui Ipotecari di nuova erogazione, sono altresì assicurabili con il presente contratto: Surroghe e Accolli di Mutui Ipotecari.

È inoltre compreso il Mutuo Stato Avanzamento Lavori ("Mutuo S.A.L.")ove tra la prima e l'ultima erogazione del Mutuo – piano di ammortamento - non siano trascorsi più di 18 mesi; in tali casi la copertura decorre dall'erogazione dell'ultima tranche del finanziamento.

Non sono assicurabili: Mutui già in corso di erogazione o già erogati e Mutui diversi e/o non riconducibili alle categorie sopra elencate.

In caso di Aderente Persona Giuridica: Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Art. 5 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

L'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Mutuo, con il minimo di 60 mesi (5 anni) e un massimo di 420 mesi (35 anni), inclusiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al successivo Art. 7 - Cessazione e Annullamento delle garanzie e fermo quanto previsto dai precedenti Artt. 2 e 4.

Il Contratto ha durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall'Art. 1899 del CC, allo stesso è stato applicato uno sconto così come indicato nel successivo Art. 9 – PREMIO.

A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di recesso di cui all'Art 8, **non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.**

Lo sconto è applicabile al solo premio unico anticipato, restando esclusa l'applicazione di tale sconto alle successive annualità da pagarsi per mezzo di premi annuali.

Art. 6 - RIMBORSO DEL PREMIO

6.1 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata TOTALE del finanziamento

In caso di estinzione anticipata Totale del Finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro Istituto, avvenuta:

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO UNICO ANTICIPATO:**

la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Mutuo collegato è stato estinto, rinegoziato o trasferito. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

A tale risultato vengono sottratte le spese di rimborso, così come indicate nel Modulo di Adesione.

$$R = P * MR/D - Sp$$

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di Rimborso	€ 50,00

R = 1000 * 34/60 - 50,00€
R = 566,67 -50,00
R = 516,67

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO ANNUO COSTANTE:**

il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.

6.2 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata PARZIALE del finanziamento

In caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, avvenuta:

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO UNICO ANTICIPATO:**

la Compagnia restituisce all'Aderente la quota parte di Premio Unico pagato e non goduto (al netto delle imposte) e la polizza rimane in essere per i valori di capitale/rata protetta corrispondenti a quanto ancora in ammortamento dopo l'operazione di estinzione anticipata parziale.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Finanziamento collegato è stato estinto parzialmente. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

L'importo da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al Capitale versato per l'estinzione parziale del Contratto di Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione.

PARTE DI PREMIO DANNI - Formula di Rimborso

L'importo da restituire si determina:

$$R = P * \alpha * MR/D - Sp$$

Dove:

R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
α=percentuale di capitale rimborsato (0;100%)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese amministrative di rimborso pari a **€ 50,00**.

Qualora il premio da rimborsare risultasse inferiore all'ammontare complessivo delle spese amministrative, non sarà previsto alcun rimborso da parte della Compagnia e la copertura assicurativa rimarrà attiva fino alla scadenza originariamente prevista e commisurata all'originario piano di ammortamento.

Esempio:

Premio Imponibile (al netto delle imposte)	€ 1000,00
% capitale rimborsato	50%
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura residui	60
Spese di Rimborso	€ 50,00

R = 1000 * (50%*60/120)- 50

R = € 200,00

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO ANNUO COSTANTE:**

il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.

Art. 7 – CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. scadenza originaria del Contratto di Mutuo;

2. esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 8;

3. liquidazione, da parte della Compagnia, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia dell'Assicurato.

4. in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o trasferimento del Mutuo originariamente stipulato, salvo che l'Assicurato richieda la continuazione dell'assicurazione.

5. in caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante, qualora l'Aderente abbia scelto la formula di copertura a Premio Unico per i primi 5 o10 anni del Mutuo e successivo premio annuo. Ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

6. La comunicazione da parte dell'Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

ART. 8 – DIRITTO DI RECESSO

8.1 – Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza

L'Aderente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo, direttamente alla Compagnia o alla Banca di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine

di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Aderente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

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

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

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

La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Aderente.

8.2 – Recesso durante la vigenza del contratto - trascorsi 5 anni di copertura

L'Aderente ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1, dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità.
Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo:

BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

Il diritto di recesso può essere esercitato soltanto nel caso in cui siano trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta.

8.3 – Rimborso del premio in caso di recesso trascorsi 5 anni di copertura

In caso di Recesso trascorsi i cinque anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

$$R = P * MR/D$$

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34

R = 1000 * 34/60
R = 566,67

ART. 9 – PREMIO

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità e la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'assicurazione prevede, a scelta dell'Aderente, il pagamento di un Premio Unico Anticipato per tutta la durata del Mutuo, oppure il pagamento di un Premio Unico Anticipato per i primi 5 o 10 anni del Contratto di Mutuo e di un premio annuo costante, per le annualità successive, come meglio esplicitato di seguito:

- **PREMIO UNICO ANTICIPATO per tutta la durata del finanziamento:**

L'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del Mutuo.

Per ogni singolo Assicurato il premio è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o alla quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) del Mutuo.

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

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%.

- **PREMIO UNICO ANTICIPATO per i primi 5 o 10 anni di durata del Mutuo + PREMIO ANNUO COSTANTE:**

L'assicurazione prevede, a scelta dell'Aderente, il pagamento di un premio unico iniziale a copertura primi 5 o 10 anni del Contratto di Mutuo.

Nel caso in cui tale Contratto di Mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai 5 o 10 anni e corrisposte nel premio unico iniziale.
Il premio unico è relativo a durate che possono quindi essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.

Il premio unico iniziale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o la quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) di riferimento (opzioni 5 o 10 anni).

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

Successivamente al termine del periodo coperto con Premio Unico, l'Assicurazione prevede il pagamento di un **Premio Annuo Costante** il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

Il premio annuo costante, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al debito residuo (o quota parte) che risulta al termine della copertura pagata con il premio unico, alle garanzie prestate e alla durata complessiva del contratto di Mutuo (in mesi).

Il Debito Residuo (calcolato secondo le modalità stabilite dalla Compagnia) è determinato tramite un piano di ammortamento a rata mensile costante posticipata e con decrescenza stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

A titolo esemplificativo nel caso di un Contratto di Mutuo con durata complessiva pari a 134 mesi, è corrisposto premio unico iniziale relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

E' prevista la possibilità per l'Aderente di interrompere il pagamento del premio annuo costante, successivo al primo. In caso di mancato pagamento del Premio Annuo Costante, ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

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

ART. 10 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente: *Addebito tramite SDD.*

ART. 11 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

I costi espliciti gravanti sul Premio unico sono rappresentati nelle tabelle che seguono:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso DANNI	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI
52,00%	67,31%

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando soltanto il Tasso relativo alla garanzia ITP e ad un'età dell'Assicurato pari a 30 anni.

Esempio – PREMIO UNICO ANTICIPATO:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Finanziato/Assicurato	€ 102.129,20
Età e dell'Assicurato	30 anni
Durata del Mutuo (mesi)	300 mesi
Durata della copertura (mesi)	300 mesi
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 2.129,20**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 2.077,27**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.080,18
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 727,07

Esempio – PREMIO UNICO ANTICIPATO e PREMIO ANNUO COSTANTE:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Finanziato/Assicurato	€ 100.586,40
Età e dell'Assicurato	30 anni
Durata del Mutuo (mesi)	360 mesi
Durata totale della copertura (mesi)	360 mesi
PREMIO UNICO ANTICIPATO per i primi 5 o 10 anni di durata del Mutuo	
Durata (opzioni 5 o 10 anni)	**10 anni**
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 586,4**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 572,09**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 297,49
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 200,24
PREMIO ANNUO COSTANTE al termine del periodo a Premio Unico Anticipato	
Durata	**12 mesi**
Debito residuo alla scadenza dell'opzione a Premio Unico scelta (10 anni)	**€ 75.788,25**
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 83,75**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 81,70**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 42,48
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 28,59

ART. 12 - REGIME FISCALE

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

ART. 13 - OBBLIGHI DELL'ADERENTE IN CASO DI SINISTRO

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

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

BCC Assicurazioni S.p.A.
c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

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

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

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

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia (ITP):

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.
- Copia del Piano di Ammortamento

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

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

Resta inteso che nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verifichino oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione.

ART. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- **consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Aderente, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;**
- **fornire copia del Modulo di Adesione all'Aderente;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Aderente;**
- **sottoporre a ciascun Aderente, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile da BCC Assicurazioni S.p.A;**
- **comunicare alla Compagnia tutte le date di estinzione anticipata dei finanziamenti a cui viene abbinata la presente copertura assicurativa.**

ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Aderente e contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

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

ART. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE

Le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia e Decesso sono valide in tutto il mondo.

ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 21 – COMUNICAZIONI

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

BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

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

ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI
L'Aderente non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 23 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

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

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 24 - FORO COMPETENTE

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

ART. 25 – ALLEGATI

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

L'Indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al Debito Residuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%.
Il debito residuo è determinato dalla Compagnia e calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

Ai fini della determinazione del debito residuo o quota parte dello stesso quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:

- dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
- maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.

Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).

Se la durata del mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento calcolato dalla Compagnia e allegato al Modulo di Adesione.

ART. 27 – ACCERTAMENTI SANITARI

L'adesione alla presente Assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- Qualora l'importo complessivamente assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un età alla data di decorrenza fino a 60 anni è richiesta la sola compilazione del Questionario Sanitario.

- Se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza è superiore a 60 anni è inoltre richiesta la presentazione del Rapporto di Visita Medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine.

- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del Rapporto di Visita Medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine.

- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del Rapporto di Visita Medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti, elencati di seguito:

    - Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue:

- Emocromo completo,
- Colesterolo totale,
- HDL, LDL,
- Trigliceridi,
- Glicemia, Hbs Ag e HCV.
- Elettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Aderente, è di **Euro 500.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Aderente, avesse contemporaneamente in corso con la Banca di Credito Cooperativo.

ART. 28 – **CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 27, a condizione che:

1. l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;

2. l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;

3. in caso di Invalidità Totale Permanente **da Malattia**, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4;

4. la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Aderente a ricevere l'Indennizzo;

5. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 38.

ART. 29 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

i. malattie tropicali o epidemiche;

ii. ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Aderente;

iii. partecipazione attiva dell'Aderente a scioperi, sommosse, tumulti popolari;

iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Aderente.

v. atti volontari di autolesionismo dell'Aderente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;

vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;

viii. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

ix. Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Aderente è assegnato a servizio professionale attivo;

x. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare

xi. Dolo o colpa grave dell'Aderente o del Beneficiario

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

i. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente è privo della prescritta abilitazione;

ii. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;

iii. partecipazione dell'Aderente in competizioni agonistiche e nelle relative prove.

ART. 30 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Aderente e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Aderente, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA A CAPITALE DECRESCENTE NELLE SEGUENTI FORME:

- A PREMIO UNICO (TARIFFA 4C46U);
- A PREMIO UNICO INIZIALE LIMITATO E SUCCESSIVAMENTE PREMIO ANNUO COSTANTE (4C47U-4C48U).

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva, ad adesione facoltativa, a copertura dell'intera durata di un contratto di Mutuo. Sono assicurabili i mutui ipotecari di nuova erogazione, mutui ipotecari SAL (stato avanzamento lavori), le surroghe di mutui ipotecari e gli accolli di mutui ipotecari. Non sono assicurabili i mutui già in corso di erogazione e diversi dalle categorie sopra elencate.

La copertura dell'intera durata del mutuo può essere prestata tramite il pagamento di premio unico (4C46U) o tramite il pagamento premio unico iniziale limitato (per i primi 5 o 10 anni) e successivamente, per la parte residua di durata del mutuo, tramite il pagamento di un premio annuo costante (4C47U-4C48U). La Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva), prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- qualora l'importo complessivamente assicurato con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio in capo al singolo Assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un età alla data di decorrenza fino a 60 anni è richiesta la sola compilazione del Questionario Sanitario.
  In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.
  Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa a ciascun singolo Assicurato non produrrà effetti.
  Se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza è superiore a 60 anni è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine.

- Qualora l'importo complessivamente assicurato con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio in capo al singolo Assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine.

- Qualora l'importo complessivamente assicurato con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio in capo al singolo Assicurato sia superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti, elencati nella seguente tabella:

Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: − emocromo completo, − colesterolo totale, − HDL, LDL, − trigliceridi, − Glicemia, Hbs Ag e HCV. Elettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo.

Il capitale di 500.000 Euro deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Mutuo di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto con la Compagnia stessa o altre Compagnie del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio calcolato secondo la forma tariffaria prescelta e le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.
Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione.

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

La data di decorrenza della copertura non può in ogni caso protrarsi oltre 30 giorni dalla data di erogazione del mutuo.
Per i mutui SAL (Stato avanzamento lavori), la copertura decorre dal momento dell'erogazione dell'ultima tranche del mutuo; tra prima e ultima tranche di erogazione non possono essere trascorsi più di 18 mesi.

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

Art. 3 – Diritto di recesso.
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.
A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.
Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.
Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

Art. 4 – Il premio.
A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio calcolato secondo la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e le modalità riportate nel seguito.

Per ogni singolo Assicurato, il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, in funzione del capitale assicurato, dell'età assicurativa e della durata in mesi, in particolare:

Nella forma tariffaria a premio unico (4C46U):
L'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del mutuo.
Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato iniziale alla decorrenza della copertura, all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.

Nella forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4C47U-4C48U):

- Premio unico iniziale limitato (4C47U): l'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico iniziale a copertura, a scelta dell'Assicurato, dei primi 5 o 10 anni del mutuo. Nel caso in cui tale mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai 5 o 10 anni e corrisposte nel premio unico iniziale. Il premio unico è relativo a durate che possono essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.
  Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato alla decorrenza della copertura (opzioni 60-71 mesi e 120-131 mesi), all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa;
- Premio annuo costante (4C48U): successivamente al termine del periodo coperto con il premio unico iniziale limitato di cui sopra, l'Assicurazione prevede il pagamento di un premio annuo costante il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.
  Il premio annuo costante è determinato in relazione all'ammontare del debito residuo (o quota parte) che risulta al termine della copertura iniziale pagata con il premio unico iniziale limitato (opzione 60-71 mesi e 120-131 mesi), all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.
  A titolo esemplificativo per una durata complessiva di un mutuo pari a 134 mesi, verrà corrisposto premio unico iniziale limitato relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

E' prevista la possibilità per l'Assicurato di interrompere il pagamento dei premi successivi al primo. In caso di mancato pagamento del premio annuo costante, ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, il contratto è risoluto di diritto trascorsi venti giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

L'accesso alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4C47U-4C48U) è consentito unicamente per Mutui di durata minima 6 anni (72 mesi) o 11 anni (132 mesi).

Il premio unico (4C46U) e premio unico inziale limitato (4C47U) possono essere finanziati. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.

Qualora sia stata prescelta la formula tariffaria che prevede un premio unico iniziale limitato e successivamente un premio annuo costante, non è possibile finanziare il premio relativo al periodo assicurato tramite il pagamento del premio annuo costante (4C48U).

Non è possibile finanziare il premio, qualora sia stato richiesto di assicurare l'importo del mutuo erogato in misura parziale (50%-75%).

In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del mutuo, avvenuta:

– nel periodo di copertura assicurato tramite premio unico (4C46U) o premio unico iniziale limitato (4C47U): la Compagnia restituisce all'Assicurato la quota parte del premio unico pagato e non goduto secondo le modalità definite in seguito.
  In alternativa è prevista la facoltà dell'Assicurato di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di premio unico pagato e non goduto.

  L'Assicurato (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del Contratto di mutuo), contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata (parziale o totale) o il trasferimento del Contratto di mutuo, deve manifestare per iscritto la propria scelta.
  La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la Contraente, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data

dell'operazione sul Contratto di mutuo, gli eventuali estremi del Beneficiario e le coordinate del conto corrente di accredito.

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio annuo costante (4C48U):
  - in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza annuale successiva;
  - in caso di estinzione anticipata parziale, viene mantenuta la copertura assicurativa in essere.

Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sotto riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 50,00 Euro.

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.

Estinzione anticipata parziale del Contratto di Mutuo
L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro (*) e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.

L'importo del premio puro (*) da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita all'importo versato per l'estinzione parziale del contratto di mutuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del mutuo e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

(*) Il premio puro è riferito all'importo versato per l'estinzione parziale.

La Compagnia provvede anche restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.

L'importo da restituire si determina:

1. Calcolando il premio di riferimento come segue:
PVitaRif = CapVer * i

Dove:
PVitaRif = premio di riferimento
CapVer = importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale
Pvita = importo indicato nel Modulo di Adesione e pari al premio unico iniziale versato dall'Assicurato
Capitale Assicurato Iniziale = importo indicato nel Modulo di Adesione e pari alla prestazione assicurata iniziale

2. Sommando i risultati delle seguenti formulazioni:
Rimborso del premio puro: PVitaRif * (1-H) * [(N-K)/N] * min[1; CapVerK/CapVer]
Rimborso dei costi: PVitaRif * H * [(N-K)/N]

Dove:
H = costi sul premio
N = durata della copertura assicurativa di riferimento del premio unico (4C46U) o del premio unico iniziale limitato (4C47U) espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza del premio unico (4C46U-4C47U) alla data di estinzione anticipata parziale del mutuo
CapVerK = importo versato alla banca calcolato al mese K con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € 50,00 così come previsto all'Art. 9.2. **Qualora l'importo risulti inferiore a € 50,00, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.**

Per una maggiore comprensione, si riportano due esemplificazioni numeriche del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
Copertura assicurata tramite premio unico (4C46U):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 2.207,40 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 2.207,40 / 100.000,00 = 0,02207
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo = 5.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 5.000,00 * 0,02207 = 110,35 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 110,35 Euro
H = 50,00%
N = 240 mesi
K = 60 mesi
CapVerK (*)= 4.015,44 Euro
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 110,35 * (1- 50,00%) * [(240-60)/240] * min[1; 4.015,44/5.000,00] = 33,23 Euro
Rimborso dei costi: 110,35 * 50,00% * [(240-60)/240] = 41,38 Euro
Importo del premio da rimborsare = 33,23 + 41,38 – 50,00 = 24,61 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 3%.

Esempio n°2
Copertura assicurata tramite premio unico (4C46U):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 2.207,40 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 2.207,40 / 100.000,00 = 0,02207
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo = 2.500,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 2.500,00 * 0,02207 = 55,18 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 55,18 Euro
H = 50,00%
N = 240 mesi
K = 60 mesi
CapVerK (*)= 2.007,72 Euro
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 55,18 * (1- 50,00%) * [(240-60)/240] * min[1; 2.007,72 / 2.500,00] = 16,62 Euro
Rimborso dei costi: 55,18 * 50,00% * [(240-60)/240] = 20,69 Euro
Importo del premio da rimborsare = 16,62 + 20,69 – 50,00 = - 12,69 Euro

Poiché l'importo di rimborso risulta inferiore alle spese amministrative previste; non sarà effettuato alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimane commisurata alle condizioni in essere.

(*) calcolato con un TAN pari al 3%.

Esempio n°3
Copertura assicurata tramite premio unico iniziale limitato (4C47U):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 1.301,10 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.301,10 / 100.000,00 = 0, 01301

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo = 10.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 10.000,00 * 0,01301 = 130,10 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 130,10 Euro
H = 50,00%
N = 60 mesi
K = 12 mesi
CapVerK (*) = 9.629,41 Euro
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 130,10 * (1- 50,00%) * [(60-12)/60] * min[1; 9.629,41 / 10.000,00] = 50,11 Euro
Rimborso dei costi: 130,10 * 50,00% * [(60-12)/60] = 52,04 Euro
Importo del premio da rimborsare = 50,11 + 52,04 – 50,00 = 52,15 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 3% e con una durata totale della copertura assicurativa di 240 mesi.

A seguito dell'estinzione parziale del mutuo, si riduce di conseguenza anche l'importo del premio annuo costante.
In riferimento all'esemplificazione sopra riportata, l'importo di premio annuo costante da corrispondere per 15 annualità è pari a 276,25 Euro in luogo di 306,94 Euro.

Esempio n°4
Copertura assicurata tramite premio unico iniziale limitato (4C47U):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 1.301,10 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.301,10 / 100.000,00 = 0,01301
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo = 4.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 4.000,00 * 0,01301 = 52,04 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 52,04 Euro
H = 50,00%
N = 60 mesi
K = 12 mesi
CapVerK (*)= 3.851,77 Euro
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 52,04 * (1- 50,00%) * [(60-12)/60] * min[1; 3.851,77 / 4.000,00] = 20,04 Euro
Rimborso dei costi: 52,04 * 50,00% * [(60-12)/60] = 20,82 Euro
Importo del premio da rimborsare = 20,04 + 20,82 – 50,00 = -9,14 Euro
Poiché l'importo di rimborso risulta inferiore alle spese amministrative previste; non sarà effettuato alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimane commisurata alle condizioni in essere.

(*) calcolato con un TAN pari al 3% e con una durata totale della copertura assicurativa di 240 mesi.

Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Mutuo
L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio.

L'importo del premio puro da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al capitale assicurato residuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del mutuo e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.

L'importo di tale rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

Rimborso del premio puro: PVita * (1-H) * ((N-K) / N) * minimo valore tra 1 e CK/C0
Rimborso dei costi: PVita * H * ((N-K) / N)

Dove:
PVita = premio versato
H = costi sul premio
N = durata della copertura assicurativa di riferimento del premio unico (4C46U) o del premio unico iniziale limitato (4C47U) espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza del premio unico (4C46U-4C47U) alla data di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo
(N-K) = mesi mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione per la forma tariffaria a premio unico (4C46U) o alla scadenza del premio unico limitato per la forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4C47U-4C48U)
CK il debito residuo alla data di estinzione
C0 il capitale assicurato iniziale

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € **50,00** così come previsto all'Art. 9.2. **Qualora l'importo risulti inferiore a € 50,00, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.**

Per una maggiore comprensione, si riporta una esemplificazione numerica del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
Copertura assicurata tramite premio unico (4C46U):
PVita = 1.722,40 Euro
H = 50%
N = 120 mesi
K = 60 mesi
CK (*) = 53.738,33 Euro
C0 = 100.000,00 Euro
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro
Rimborso del premio puro: 1.722,40 * (1-50%) * [(120-60) / 120] * min (53.738,33 / 100.000,00; 1) = 231,40 Euro
Rimborso dei costi: 1.722,40 * 50% * [(120-60) / 120] = 430,60 Euro
Importo del premio da rimborsare = 231,40 + 430,60 - 50,00 = 612,00 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 3%.

Esempio n°2
Copertura assicurata tramite premio unico iniziale limitato (4C47U):
PVita = 1.108,00 Euro
H = 50%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
CK (*) = 73.078,45 Euro
C0 = 100.000,00 Euro
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro
Rimborso del premio puro: 1.108,00 * (1-50%) * [(60-36) / 60] * min (73.078,45 / 100.000,00; 1) = 161,94 Euro
Rimborso dei costi: 1.108,00 * 50% * [(60-36) / 60] = 221,60 Euro
Importo del premio da rimborsare = 161,94 + 221,60 - 50,00 = 333,54 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 3% e con una durata totale della copertura assicurativa di 120 mesi.

Art. 5 – Dichiarazioni dell'Assicurato.
L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Art. 6 – Capitale assicurato.
In fase di sottoscrizione del contratto, l'Assicurato può richiedere che il capitale assicurato possa coprire, nel rispetto dei limiti previsti, l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

L'importo di capitale assicurabile per singola adesione, ha un limite minimo pari a 25.000,00 Euro e massimo 500.000,00 Euro.

Non è possibile assicurare mutui che hanno un importo erogato superiore al capitale massimo assicurabile: 500.000,00 Euro per singola testa assicurata. In caso di cointestazione l'importo massimo è pari a 1.000.000,00.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari (Persona Fisica), si applica quanto segue:

- Assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto da un'Impresa Aderente (Persona Giuridica) con più *Key Man* assicurabili, si applica quanto segue:

- Assicurare un solo *Key Man*, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuno dei *Key Man* (fino ad un massimo di 2) identificati dall'Impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di essi; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Il capitale assicurato è determinato sulla base del contratto di mutuo stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo, o alla quota parte dello stesso (anche in caso di eventuale cointestazione) come sotto definito, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.

Il debito residuo, o quota parte dello stesso, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN, della durata dell'assicurazione e dell'eventuale periodo di preammortamento indicati nel Modulo di Adesione.

In caso di estinzioni parziali del Contratto di Mutuo che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'Assicurato, il capitale assicurato è conseguentemente ridotto.

Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).

Relativamente alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4C47U-4C48U): il capitale assicurato iniziale coperto tramite il pagamento del premio annuo costante, è pari all'ammontare del debito residuo (o quota parte dello stesso) che risulta al termine della copertura iniziale pagata con il premio unico.

Se la durata del mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario, allegato al Modulo di Adesione.

Il premio unico (4C46U) e premio unico iniziale limitato (4C47U) possono essere finanziati. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.

Sulla base di quanto previsto anche all'Art. 1, il relativo indennizzo per sinistro non potrà superare gli importi di seguito indicati:

- 200.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il solo Questionario Sanitario e per un'età fino a 60 anni. Se l'età dell'Assicurato è superiore a 60 anni è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;

- 300.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e presentato il rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;

- 500.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e presentato il rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti, come indicato all'Art. 1.

Il capitale di 500.000 Euro deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Mutuo di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto con la Compagnia stessa o altre Compagnie del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

In caso di mutui con importo erogato superiore al capitale assicurato (50% o 75% dell'importo erogato), in caso di sinistro per morte, la Compagnia liquiderà un capitale quantificato applicando al residuo del debito in linea capitale (così come risultante dal contratto di mutuo) la percentuale convenuta in fase di sottoscrizione. Tale percentuale è indicata nel Modulo di Adesione.

Si precisa che in caso di due Assicurati, la predetta percentuale sarà applicata pro-quota per Assicurato.

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per la garanzia ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato.

Art. 7 – Rischio morte – Esclusioni e limitazioni della garanzia.

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

1. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
2. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
3. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
4. **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;**
5. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
6. **etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
7. **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
8. **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
9. **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
10. **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
11. **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.**

Art. 7.1 – Condizioni di Carenza

Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

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

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte:
La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
- esercizio del diritto di recesso;
- trasferimento del domicilio dell'Aderente/Assicurato in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio (unico o unico iniziale limitato) pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del Mutuo originariamente stipulato;
- in caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante (qualora sia stata prescelta la formula tariffaria che prevede un premio unico iniziale limitato e successivamente il pagamento di premio annuo costante). Ai sensi ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, il contratto è risoluto di diritto trascorsi venti giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

Art. 9 – Costi.
Art. 9.1 – Costi sul premio
I costi gravanti sul premio unico (4C46U-4C47U) e sul premio annuo costante (4C48U) vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto e sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi gravanti sul premio	50% del premio

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

Art. 9.2 – Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Mutuo
In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.

* * *

Nella Tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
70,00%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
E' assicurabile la persona fisica che:

- sia correntista della BCC,
- abbia stipulato il Contratto di Mutuo con la BCC di cui sopra;
- abbia un'età*(*)*, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 e 65 anni;
- abbia un'età a scadenza del finanziamento minore o uguale a 75 anni*(**)*;
- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbia sottoscritto il Questionario Sanitario (QS) e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

(*) Per "età" si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

(**) L'età a scadenza del finanziamento è così determinata: età assicurativa in anni interi sommata alla durata del finanziamento in anni interi (calcolata dividendo la durata espressa in mesi per 12).

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

Sono assicurabili anche le persone giuridiche, in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di *Key Man* nell'Impresa Aderente come: Amministratore Delegato, Proprietario, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.

Avvertenza: resta inteso che la Compagnia ha diritto:

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

Per quanto relativo alla durata della copertura assicurativa in caso di Morte si rimanda inoltre a quanto previsto dall'Art. 11.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari (Persona Fisica), si applica quanto segue:

- Assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto da un'Impresa Aderente (Persona Giuridica) con più *Key Man* assicurabili, si applica quanto segue:

- Assicurare un solo *Key Man*, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuno dei *Key Man* (fino ad un massimo di 2) identificati dall'Impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di essi; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

L'Aderente/Assicurato deve avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

Art. 11 – Durata.

La durata dell'assicurazione, relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva, è pari a quella del Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del mutuo a ciascun Assicurato. Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 (5 anni) e massima di 420 mesi (35 anni), salvo il verificarsi

delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8 e fermo restando quanto previsto dal precedente Art. 10.

Nella forma tariffaria a premio unico (4C46U): l'intera durata del mutuo è assicurata tramite un premio unico anticipato.

Nella forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4C47U-4C48U): l'intera durata del mutuo è assicurata tramite:

- un premio unico iniziale limitato, a copertura dei primi 60-71 o 120-131 mesi del mutuo. Nel caso in cui tale mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai corrisposte nel premio unico iniziale limitato. Il premio unico iniziale limitato è relativo a durate che possono essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.

- un premio annuo costante, a copertura del periodo residuo, a partire dalla scadenza della validità del un premio unico iniziale limitato, fino alla conclusione del mutuo.
  A titolo esemplificativo per una durata complessiva di un mutuo pari a 134 mesi, verrà corrisposto premio unico iniziale relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

L'accesso alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4C47U-4C48U) è consentito unicamente per Mutui di durata minima 6 anni (72 mesi) o 11 anni (132 mesi).

La data di decorrenza della copertura non può in ogni caso protrarsi oltre 30 giorni dalla data di erogazione del mutuo.
Per i mutui SAL (Stato avanzamento lavori), la copertura decorre dal momento dell'erogazione dell'ultima tranche del mutuo; tra prima e ultima tranche di erogazione non possono essere trascorsi più di 18 mesi.

In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del mutuo, avvenuta:

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio unico (4C46U) o premio unico iniziale limitato (4C47U): nel caso in cui l'Assicurato abbia chiesto la continuazione della copertura assicurativa, la durata resta commisurata all'originario piano di ammortamento;

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio annuo costante (4C48U):
  - in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza annuale successiva;
  - in caso di estinzione anticipata parziale, viene mantenuta la copertura assicurativa in essere.

Art. 12 – Conflitto di interessi.
La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.
La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.
Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.
Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
Il Contraente e/o l'Assicurato e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:
- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:
- richiesta sottoscritta dall'Assicurato;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo:
- richiesta dell'Assicurato e, qualora richiesto dalla Compagnia, idonea documentazione che attesti l'estinzione anticipata o il trasferimento del mutuo.

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

  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.
Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

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

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

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.
In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.
L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 17 – Foro competente.
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 18 – Prescrizione.
I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 19 – Legge applicabile al contratto.
Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Adeguata verifica della clientela

L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.
Tale attività prevede i seguenti adempimenti:

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:
   - ❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,
   - ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),
   - ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;
b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;
c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;
d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.

Assicurato

Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti soggettivi di cui all'Art. 10 del presente contratto di assicurazione

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dall'Assicurato e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Carenza

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

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.

Contraente

Il soggetto che stipula Convenzione Assicurativa Collettiva con la Società.

Contratto

Contratto di Mutuo Ipotecario con il quale una parte (mutuante, solitamente una banca) consegna all'altra (mutuatario, colui che chiede il Finanziamento) una determinata quantità di denaro e l'altra si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, altrettanta quantità di denaro maggiorato degli interessi concordati nel contratto.

	Possono essere assicurati esclusivamente: Mutui ipotecari di nuova erogazione, Mutui ipotecari Sal, Surroghe di mutui ipotecari, Accolli di mutui ipotecari. Non sono assicurabili: Mutui già in corso di erogazione e diversi dalle categorie sopra elencate
Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – Dip Vita; – Dip Aggiuntivo Multirischi; – Condizioni di Assicurazione; – Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Invalidità Totale Permanente da Infortunio	Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto, per la copertura dell'intera durata del mutuo.
Premio unico iniziale limitato	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto, per la copertura dei primi 5 o 10 anni di durata del mutuo.
Premio annuo costante	Importo costante che l'Assicurato si impegna a corrispondere annualmente, dalla scadenza del periodo di copertura alla Compagnia dal momento della scadenza del periodo assicurato tramite il premio unico iniziale limitato.
Premio puro	Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	BCC Vita S.p.A.. Sede legale Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Modulo di Proposta
Garanzia Vita
FORMULA MUTUO AL SICURO

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente nella presente proposta, corrisponderà le prestazioni specificate nel Set Informativo ai soggetti che intenderanno aderire alle coperture assicurative.

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta

CONTRAENTE (sulla base della Convenzione conclusa con la Compagnia)		
Ragione sociale	Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Ramo attività	Sottogruppo	
Indirizzo sede legale	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE O DELEGATO		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
ASSICURATI		
Soggetti che aderiranno all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente proposta		
DATI TECNICI DI POLIZZA		
Data di decorrenza dell'Assicurazione Collettiva (Convenzione)		**Scadenza**
Capitale assicurato: come indicato in ogni singolo Modulo di adesione		
Forma Tariffaria a:		
Premio **UNICO** Premio versato: determinato come disciplinato dall'Art.4 delle Condizioni di Assicurazione.		
Costi		
Forma Tariffaria a:		
Premio **UNICO INIZIALE LIMITATO** per i primi e **PREMIO ANNUO COSTANTE** Premio versato: determinato come disciplinato dall'Art.4 delle Condizioni di Assicurazione.		
Costi		
DATI IDENTIFICATIVI		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	

Luogo e data _____

BCC Vita S.p.A.
(firma leggibile)
_____

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

FAC-SIMILE

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

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE POLIZZA:

- **del Set Informativo.**

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

Il Contraente si impegna sin d'ora a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della adesione all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente polizza.

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano.– Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.
A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
L' Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data:

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

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

FACSIMILE

Direzione Generale
Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano
telefono 02 466275 - fax 02 89078949
www.bccvita.it
e-mail: info@bccvita.bcc.it

Member of CISQ Federation
RINA
ISO 9001:2008
Sistema Qualità Certificato

Codice Modello n. 4C46U-4C47U-4C48U – Ultimo aggiornamento: 01/01/2019