



BCC Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

SET INFORMATIVO

MUTUO ASSICURATO DIPENDENTI EMILIA ROMAGNA

(Contratto di assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte monoannuale a copertura del debito residuo per i mutui erogati)

(CODICE TARIFFA 4C36U)

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
Mod. 4C36U DIP Ed. 06.2020;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Vita
Mod. 4C36U DIP AGG. Ed. 06.2020;
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario
Mod. 4C36U CA Ed. 06.2020;
- Facsimile del Modulo di Proposta
Mod. 4C36U MP Ed. 06.2020.

Il presente prodotto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico
ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI
per contratti semplici e chiari



Assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte monoannuale

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



BCC Vita S.p.A.

Prodotto: Mutuo Assicurato Dipendenti Emilia Romagna (4C36U)

Data di aggiornamento: 30 giugno 2020 - 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 temporanea per il caso di morte a premio monoannuale a copertura del debito residuo per i mutui erogati.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<ul style="list-style-type: none">✓ Sono assicurabili i mutui chirografari, ipotecari, prima casa:<ul style="list-style-type: none">✓ Prestazione in caso di decesso: la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza dell'Assicurazione relativa al singolo assicurato (31 dicembre di ciascun anno).✓ Capitale Assicurato:<ul style="list-style-type: none">✓ Il capitale assicurato è determinato sulla base del mutuo stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento, risultante dalla data del sinistro e calcolato alla fine dell'anno precedente.✓ Il capitale assicurato, per la totalità dei contratti di mutuo stipulati da ciascun Assicurato, non può superare l'importo di Euro 270.000,00; nei casi in cui l'importo finanziato su uno o più contratti assicurati sia superiore a detto importo, il capitale assicurato per ogni singolo aderente viene comunque limitato a Euro 270.000,00.	<ul style="list-style-type: none">× Non ci sono garanzie escluse dalla copertura assicurativa.× Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società 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 limiti di copertura?
<p>È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:</p> <ul style="list-style-type: none">! Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;! Partecipazione attiva dell'Assicurato a 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 di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;! 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.);! Abuso di alcol, 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: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dai trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;! Volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;! Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;

- ! Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- ! Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- ! Svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a 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 previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho?

- 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
- L'assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione del Questionario Sanitario. In caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, il presente contratto non produrrà effetti.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
 - Trasferimento di domicilio/sede del Contraente/Assicurato in uno stato estero;
 - Trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
- 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.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione assicurativa, l'Intermediario (che sostiene il costo) si impegna a versare, alla Compagnia un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità successivamente previste.
- L'importo di premio monoannuale di assicurazione, non frazionabile, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato e all'età dell'Assicurato al momento dell'ingresso in Assicurazione o dei successivi rinnovi, nonché in relazione allo stato di salute ed alle attività professionali e sportive svolte.
- Il premio di assicurazione annuo è pari alla moltiplicazione tra:
 - Il capitale assicurato;
 - Il tasso di premio, funzione dell'età assicurativa raggiunta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o dei successivi rinnovi annuali, dove per età assicurativa si intende l'età anagrafica dell'Assicurato espressa in anni interi, eventualmente arrotondata per eccesso qualora siano trascorsi sei mesi o più dalla data dell'ultimo compleanno.
- In caso di rinnovi successivi alla prima annualità, il capitale assicurato è pari al debito residuo al 31/12 dell'anno precedente.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La durata dell'assicurazione, relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente Assicurazione Collettiva, ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa è pari ad un anno solare (1° gennaio – 31 dicembre); il periodo di operatività della garanzia è rinnovabile per periodi di pari durata e corrisponde a quella del Contratto di Mutuo, nell'ambito della validità quinquennale della Convenzione in essere con la Federazione della Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna.
- L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Mutuo concesso a ciascun Assicurato o del giorno di comunicazione alla BCC (Banca facente parte della Federazione della Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna) dell'intervenuto accollo del mutuo, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.
- Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'Assicurazione produrrà effetti dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
- Il Presente contratto prevede tacito rinnovo annuale.
- 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;
 - Al 31/12 dell'anno di copertura in corso, se non ricorrono i requisiti di età per poter procedere al rinnovo della copertura per

l'annualità successiva;

- Alla data di accollo da parte di altri soggetti con conseguente trasferimento della copertura assicurativa, fermo restando i requisiti previsti dalla Condizioni di Assicurazione;
- In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale del mutuo originariamente stipulato;
- Alla data del decesso;
- Alla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso una delle seguenti Società: Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna, BCC (facenti capo alla Federazione), Cedecra o altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo;
- Su esplicita richiesta dell'Assicurato da inoltrare alla Compagnia entro 30 giorni dalla data di scadenza (31/12 di ciascun anno), di non rinnovare la copertura per le successive annualità.
- Il Contraente/Assicurato deve avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora il Contraente/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.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



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

- Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione dello stesso. 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 naturale scadenza (fine del mese della data di effetto del recesso).
- 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.
- I singoli Assicurati, possono esercitare con le medesime modalità il diritto di recesso entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

Assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte monoannuale

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



BCC Vita S.p.A. - Gruppo Cattolica Assicurazioni

Prodotto: Mutuo Assicurato Dipendenti Emilia Romagna (4C36U)

Data di aggiornamento: 30/06/2020 - Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato 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), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

BCC Vita S.p.A. – Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Tel. 02466275; Sito internet: www.bccvita.it; E-mail: info@bccvita.bcc.it; PEC: bccvita@pec.gruppocattolica.it

BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni. Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia; Tel. 02466275; sito internet: www.bccvita.it; e-mail: info@bccvita.bcc.it; PEC: 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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 201 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 62 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 117 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 73 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 187 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 180 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,55 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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative alla prestazione prevista dal contratto:

- In caso di estinzione parziale del mutuo la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento;
- Per una stessa operazione di mutuo possono essere assicurate più persone a condizione che siano cointestatari di un mutuo per averlo contratto ovvero accollato congiuntamente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

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 l'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.
- Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva 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 infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.
- Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- 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 e il premio rimane acquisito dalla Compagnia. 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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

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

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- Richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di decesso:

- Richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- Attestazione che l'Assicurato, al momento del decesso, sia Dipendente (o ex Dipendente in quiescenza o familiare risultante dallo stato di famiglia al momento dell'adesione) presso una delle seguenti società: Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna, BCC (facenti capo alla Federazione), Cedecra o altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo.
- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari;
- 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 e il grado di parentela, 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 e il grado di parentela, degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
 - Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- In caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- 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

	<p>inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piano di ammortamento contenente tutte le rate pagate fino al momento del decesso; • Una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo. <p><u>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.).</u></p> <p><u>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.</u></p> <p>Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>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.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Liquidazione della prestazione:</p> <p>Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.</p> <p>La liquidazione dei sinistri verrà effettuata dalla BCC entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.</p> <p>La suddetta documentazione deve essere inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dal Beneficiario alla Compagnia mediante una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI). Eventuali interessi derivanti da un ritardo nella comunicazione del sinistro alla Compagnia nonché tutti i costi necessari per la produzione della documentazione suindicata non sono imputabili per alcuna ragione alla Compagnia.</p> <p>Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.</p> <p>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:</p> <p>HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; • di 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 Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • di trattenere il premio. <p>HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. <p>L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni assicurate, in base alla data di nascita effettiva.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> L'ammontare del premio si considera ad ogni effetto dovuto nei giorni di scadenza previsti per il pagamento dello stesso e così prosegue per tutta la durata dell'ammortamento del mutuo anche nel caso di un suo prolungamento. Nel caso in cui l'ingresso in assicurazione avvenga in corso d'anno, per il primo anno di adesione alla presente Assicurazione Collettiva, il premio verrà calcolato pro-rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura, su base 360, per il periodo intercorrente tra la data di decorrenza riportata nel Modulo di Adesione ed il 31/12 dell'anno di decorrenza, prendendo come riferimento il capitale assicurato (debito residuo o importo erogato, in caso di copertura di mutui di nuova stipula) alla data di ingresso in copertura.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'Intermediario la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (fine dell'anno in cui avviene l'estinzione); più precisamente, tale parte di premio è calcolata pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di estinzione del mutuo e la fine dell'anno in cui avviene l'estinzione stessa. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale. <u>Nel caso di recesso dell'Assicurato</u> entro 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.
Sconti	Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Ove vi siano più Assicurati cointestatari del mutuo, la cessazione per uno di essi dell'Assicurazione non pregiudica la continuazione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti.
Sospensione	Il contratto può essere risolto sospendendo il pagamento dei premi. Il contratto si risolve in caso di mancato pagamento del premio entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione e, per gli eventuali rinnovi, dalla data di scadenza (31/12 di ciascun anno). In tal caso le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino al momento della risoluzione.



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

Revoca	Non è prevista la revoca per l'Assicurato.
Recesso	<p>La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di conclusione 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.</p> <p>L'assicurato ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio, al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dalla Compagnia per l'emissione del contratto.</p>
Risoluzione	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili persone fisiche quali: Dipendenti o ex-Dipendenti in quiescenza o familiari (risultanti dallo Stato di famiglia al momento dell'Adesione) delle Banche di Credito Cooperativo facenti parte della Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna, del Cedecra, della Federazione Regionale o di altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo che:

- Sono correntisti di una BCC (Banca facente parte della Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna) e che contraggono un mutuo (chirografario, ipotecario, ipotecario 1° casa) presso la BCC;
- All'atto della sottoscrizione, al rinnovo, o a quella di accollo del mutuo già esistente, abbiano un'età compresa tra minimo 18 e massimo 69 anni assicurativi. L'età massima assicurabile a scadenza è pari a 70 anni anagrafici.



Quali costi devo sostenere?

• **Costi gravanti sul premio:**

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuale corrisposto. I costi gravanti sul premio annuale sono rappresentati nella tabella che segue:

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	16,00% del premio annuale

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

• **Costi per il 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.

• **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)
31,25%

• **Costi dei PPI:**

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

 **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	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.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia 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:	
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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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	<p><u>Imposta sui premi</u> I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</p>
	<p><u>Detraibilità e deducibilità fiscale dei premi</u> 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.</p>
	<p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa). Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</p>
	<p>Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.</p>

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 E RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE AL CONTRAENTE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA 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 DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte monoannuale a copertura del debito residuo per i mutui erogati

BCC Vita (Tariffa 4C36U)

[Data di aggiornamento: 30/06/2020]

INDICE

SEZIONE I) PRESTAZIONI ASSICURATIVE, DECORRENZA E DIRITTO DI RECESSO	2
ART. 1 - OGGETTO	2
Art. 1.1 - Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.	2
Art. 1.2 - Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.	2
ART. 2 – MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI.	2
ART. 3 – DIRITTO DI RECESSO.	2
SEZIONE II) PREMIO ASSICURATIVO, ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO	3
ART. 4 – IL PREMIO.	3
ART. 5 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO.	4
SEZIONE III) CAPITALE ASSICURATO, LIMITI DI INDENNIZZO, ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA	4
Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO	4
ART. 6 – CAPITALE ASSICURATO.	4
Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	4
ART. 7 – RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.	4
SEZIONE IV) CESSAZIONE DELLA GARANZIA, COSTI, REQUISITI SOGGETTIVI E DURATA	6
ART. 8 – CESSAZIONE DELLA GARANZIA PER IL CASO DI MORTE	6
ART. 9 – COSTI.	6
Art. 9.1 – Costi sul premio	6
ART. 10 – REQUISITI SOGGETTIVI.	7
ART. 11 – DURATA.	7
ART. 12 – CONFLITTO DI INTERESSI.	8
SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	8
ART. 13 – DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.	8
ART. 14 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI.	9
SEZIONE VI) FISCALITA', PRESCRIZIONE E LEGGE APPLICABILE	9
ART. 15 – IMPOSTE E TASSE.	9
ART. 16 – FORO COMPETENTE.	10
ART. 17 – PRESCRIZIONE.	10
ART. 18 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO.	10
ART. 19 – DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO.	10
GLOSSARIO	11

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE MONOANNUALE A COPERTURA DEL DEBITO RESIDUO PER I MUTUI EROGATI

(CODICE TARIFFA 4C36U)

SEZIONE I) PRESTAZIONI ASSICURATIVE, DECORRENZA E DIRITTO DI RECESSO

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva temporanea per il caso di morte a premio monoannuale a copertura del debito residuo per i mutui erogati.

ART. 1 - OGGETTO

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio monoannuale, con tacito rinnovo annuale, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva), garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato così 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 attraverso la compilazione del Questionario Sanitario.

Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, il presente contratto non produrrà effetti.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e fatto salvo quanto previsto dall'art. 1926 cod.civ sul cambiamento di professione dell'Assicurato.

Art. 1.1 - Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

Il presente contratto di assicurazione garantisce, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati pari al debito residuo in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data del sinistro e calcolato al mese precedente.

Art. 1.2 - Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

ART. 2 – MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI.

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

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Mutuo concesso a ciascun Assicurato o del giorno di comunicazione alla BCC (Banca facente parte della Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna) dell'intervenuto accollo del mutuo, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, 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 conclusione 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 conclusione 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.

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 naturale scadenza (fine del mese della data di effetto del recesso).

I singoli Assicurati possono esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

SEZIONE II) PREMIO ASSICURATIVO, ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

ART. 4 – IL PREMIO.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Intermediario (che sostiene il costo) si impegna a versare, alla Compagnia un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità successivamente previste.

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

Nel caso in cui l'ingresso in assicurazione avvenga in corso d'anno, per il primo anno di adesione alla presente Assicurazione Collettiva, il premio verrà calcolato *pro-rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura, su base 360, per il periodo intercorrente tra la data di decorrenza riportata nel Modulo di Adesione ed il 31/12 dell'anno di decorrenza, prendendo come riferimento il capitale assicurato (debito residuo o importo erogato, in caso di copertura di mutui di nuova stipula) alla data di ingresso in copertura.

Il premio di assicurazione annuo è pari alla moltiplicazione tra:

- capitale assicurato;
- e
- il tasso di premio, funzione dell'età assicurativa raggiunta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o dei successivi rinnovi annuali, dove per età assicurativa si intende l'età anagrafica dell'Assicurato espressa in anni interi, eventualmente arrotondata per eccesso qualora siano trascorsi sei mesi o più dalla data dell'ultimo compleanno.

In caso di rinnovi successivi alla prima annualità, il capitale assicurato è pari al debito residuo al 31/12 dell'anno precedente.

L'ammontare del premio, così determinato, si considera ad ogni effetto dovuto nei giorni di scadenza previsti per il pagamento dello stesso e così prosegue per tutta la durata dell'ammortamento del mutuo anche nel caso di un suo prolungamento.

I premi vengono impiegati esclusivamente per la copertura dei rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità); pertanto, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale o di sospensione del pagamento dei premi, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia ed i premi corrisposti rimarranno acquisiti alla Compagnia.

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'Intermediario la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (fine dell'anno in cui avviene l'estinzione); più precisamente, tale parte di premio è calcolata *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di estinzione del mutuo e la fine dell'anno in cui avviene l'estinzione stessa. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

In caso di estinzione parziale del mutuo la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

ART. 5 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO.

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

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

- A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine d'anzì indicato;
 - 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 trattenere il premio.
- B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

SEZIONE III) CAPITALE ASSICURATO, LIMITI DI INDENNIZZO, ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 6 – CAPITALE ASSICURATO.

Il capitale assicurato è determinato sulla base del mutuo (chirografario, ipotecario, ipotecario 1° casa) stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo in linea capitale (di seguito denominato per brevità "debito residuo") rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data del sinistro e calcolato alla fine dell'anno precedente.

Per una stessa operazione di mutuo possono essere assicurate più persone a condizione che siano cointestatari di un mutuo per averlo contratto congiuntamente.

Il capitale assicurato per il totale dei contratti di mutuo stipulati da ciascun Assicurato, non può superare l'importo di Euro 270.000,00; nei casi in cui l'importo finanziato su uno o più contratti assicurati sia superiore a detto importo, il capitale assicurato per singolo aderente viene comunque limitato a Euro 270.000,00.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società 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.

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 7 – RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

A. ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a 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 di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- 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.);
- abuso di alcol, 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: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dai trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a 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.

B. CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA.

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 l'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e il premio rimane acquisito dalla Compagnia. 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.

SEZIONE IV) CESSAZIONE DELLA GARANZIA, COSTI, REQUISITI SOGGETTIVI E DURATA

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;
- al 31/12 dell'anno di copertura in corso, se non ricorrono i requisiti di età (previsti dall'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione) per procedere al rinnovo della copertura per l'annualità successiva.
- alla data di cessazione del pagamento dei premi. Il contratto può essere risolto sospendendo il pagamento dei premi. Il contratto si risolve in caso di mancato pagamento del premio entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione e, per gli eventuali rinnovi, dalla data di scadenza (31/12 di ciascun anno). In tal caso le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino al momento della risoluzione;
- alla data di accollo da parte di altri soggetti con conseguente trasferimento della copertura assicurativa, fermo restando i requisiti previsti all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione;
- in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Intermediario riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e l'Assicurato non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale del mutuo originariamente stipulato;
- alla data del decesso;
- alla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso una delle seguenti società:
 - ✓ FEDERAZIONE DELLE BANCHE DI CREDITO COOPERATIVO DELL'EMILIA ROMAGNA;
 - ✓ BCC (facenti a capo alla Federazione)
 - ✓ Cedecra o altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo;
- su esplicita richiesta dell'Assicurato, da inoltrare alla Compagnia entro 30 giorni dalla data di scadenza (31/12 di ciascun anno), di non rinnovare la copertura per le successive annualità.

Ove vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi dell'Assicurazione non pregiudica la continuazione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti. In caso di mancato pagamento dei premi entro 30 giorni dalla data prevista per il pagamento degli stessi la garanzia decade.

ART. 9 – COSTI.

Art. 9.1 – Costi sul premio

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

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

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

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	16,0% del premio annuale

* * *

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)
31,25%

ART. 10 – REQUISITI SOGGETTIVI.

Sono assicurabili le persone fisiche quali: Dipendenti o ex Dipendenti in quiescenza o familiari (risultanti dalla Stato di famiglia al momento dell'adesione) delle Banche di Credito Cooperativo facenti parte della Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna, del Cedecra, della Federazione Regionale o di altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo, che:

- sono correntisti di una BCC (Banca facente parte della Federazione delle Banche di Credito Cooperativo dell'Emilia Romagna) e che contraggono un mutuo (chirografario, ipotecario, ipotecario 1° casa) presso la medesima BCC,
- alla sottoscrizione, al rinnovo, o a quella dell'accollo di un mutuo già esistente, abbiano un'età compresa tra:
 - ✓ minimo 18 e massimo 69 anni (assicurativi);
 - L'età massima assicurabile a scadenza è pari:
 - ✓ 70 anni anagrafici;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano sottoscritto, il Questionario Sanitario.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società 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.

Il Contraente/Assicurato deve avere la sede/domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora il Contraente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse la sede/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.

Per una stessa operazione di mutuo possono essere assicurate più persone, a condizione che siano cointestatari di un mutuo per averlo contratto ovvero accollato congiuntamente.

ART. 11 – DURATA.

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente Assicurazione Collettiva, ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa, è pari ad un anno solare (1° gennaio - 31 dicembre); il periodo di operatività della garanzia è rinnovabile per periodi di pari durata e corrisponde a quella del Contratto di Mutuo, nell'ambito della validità quinquennale della Convenzione in essere con la FEDERAZIONE DELLE BANCHE DI CREDITO COOPERATIVO DELL'EMILIA ROMAGNA.

Tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati:

- scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
- esercizio del diritto di recesso;
- al 31/12 dell'anno di copertura in corso, se non ricorrono i requisiti di età (previsti dall'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione) per procedere al rinnovo della copertura per l'annualità successiva.
- alla data di cessazione del pagamento dei premi. Il contratto può essere risolto sospendendo il pagamento dei premi. Il contratto si risolve in caso di mancato pagamento del premio entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione e, per gli eventuali rinnovi, dalla data di scadenza (31/12 di ciascun anno). In tal caso le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino al momento della risoluzione;
- alla data di accollo da parte di altri soggetti con conseguente trasferimento della copertura assicurativa, fermo restando i requisiti previsti all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione;
- in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del mutuo originariamente stipulato;
- alla data del decesso;
- alla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso una delle seguenti società:
 - ✓ FEDERAZIONE DELLE BANCHE DI CREDITO COOPERATIVO DELL'EMILIA ROMAGNA;
 - ✓ BCC (facenti a capo alla Federazione)
 - ✓ Cedecra o altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo;

- su esplicita richiesta dell'Assicurato, da inoltrare alla Compagnia entro 30 giorni dalla data di scadenza (31/12 di ciascun anno), di non rinnovare la copertura per le successive annualità.

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 www.bccvita.it/.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

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 estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento:

- richiesta dell'Assicurato e, qualora richiesto dalla Compagnia, idonea documentazione che attesti l'estinzione anticipata o il trasferimento del finanziamento.

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- attestazione che l'Assicurato, al momento del decesso, sia Dipendente (o ex Dipendente in quiescenza o familiare risultante dallo stato di famiglia al momento dell'adesione) presso una delle seguenti società:
 - ✓ FEDERAZIONE DELLE BANCHE DI CREDITO COOPERATIVO DELL'EMILIA ROMAGNA;
 - ✓ BCC (facenti a capo alla Federazione)
 - ✓ Cedecra o altri Enti che applicano il contratto delle Banche di Credito Cooperativo;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari;
- 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 e il grado di parentela, 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 e il grado di parentela, degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

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

- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- 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;
- piano di ammortamento contenente tutte le rate pagate fino al momento del decesso;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, 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 liquidazione dei sinistri verrà effettuata alla BCC entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

La suddetta documentazione deve essere inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dal Beneficiario alla Compagnia mediante una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

**BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio
Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI)**

Eventuali interessi derivanti da un ritardo nella comunicazione del sinistro alla Compagnia nonché tutti i costi necessari per la produzione della documentazione suindicata non sono imputabili per alcuna ragione alla Compagnia.

ART. 14 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI.

In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario è l'Ente Erogatore del finanziamento 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.

SEZIONE VI) FISCALITA', PRESCRIZIONE E LEGGE APPLICABILE

ART. 15 – IMPOSTE E TASSE.

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

ART. 16 – FORO COMPETENTE.

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

ART. 17 – PRESCRIZIONE.

Un contratto di assicurazione sulla vita è un documento che va custodito con cura, annotandone la scadenza e informandone i familiari o una persona di fiducia. È importante non dimenticarsi dell'esistenza della polizza ed esigere le prestazioni assicurate nei termini di Legge.

L'articolo 2952 del Codice Civile dispone, infatti, che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione (cioè il pagamento delle prestazioni previste) si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (la scadenza del contratto, il decesso dell'Assicurato ecc.). Come previsto dalla normativa vigente in materia di Rapporti Dormienti dell'art. 1, comma 345 quater Legge 23 dicembre 2005 n. 266, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti di assicurazione, di cui all'art. 2, comma 1 del Codice delle Assicurazioni Private, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono devoluti al Fondo istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze di cui all'art. 1 comma 343 della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 (Legge Finanziaria 2006).

In riferimento a quanto sopra riveste particolare importanza ricordare che, per tutte le richieste di liquidazione pervenute oltre il termine di prescrizione previsto di dieci anni, la Compagnia liquiderà direttamente al Fondo istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di conseguenza il contratto in oggetto non potrà in nessun modo essere liquidato agli eredi/Beneficiari.

ART. 18 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO.

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 19 – DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO.

Il Contraente/Intermediario provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva, a fornire agli Assicurati copia del Modulo di Adesione e del Set Informativo nonché ad informare gli Assicurati stessi della quota parte dei costi a loro carico percepiti dagli Intermediari.

Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti del Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

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

Persona fisica, correntista della BCC, sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Beneficiario e che, a tal fine, abbia stipulato il contratto di mutuo e sottoscritto il modulo di adesione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

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 assicurata.

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

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

Contraente

Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.

Contratto di Mutuo

Contratto con il 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.

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.
FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata ha effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).
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.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

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.
Modulo di adesione	Il modulo sottoscritto da ciascuno degli Assicurati e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito. Data di decorrenza indicata nel modulo di adesione, a condizione che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Piano di ammortamento	Piano di rimborso del mutuo con l'indicazione della composizione delle singole rate (quota capitale e quota interessi), calcolato al tasso definito nel contratto.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza Collettiva	Contratto di Assicurazione sulla vita stipulato da una Contraente costituita da una persona giuridica, quale ad esempio il datore di lavoro o un determinato Ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di Assicurati quali ad esempio i dipendenti dell'azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
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.
Proroga	Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione collettiva.
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.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno

della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Set Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Dip Vita;
- Dip Aggiuntivo Vita;
- Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario;
- Modulo di adesione.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

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.

Sovrapremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

BCC Vita S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) - Tel. +39 02 46 62 75 - pec: bccvita@pec.gruppocattolica.it
Cap. Soc. Euro 62.000.000,00 i.v. - REA del C.C.I.A.A. di Milano n. 1714097 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230
Codice Fiscale n. 06868981009 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - 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



INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

La Società BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, con sede in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/assicurati/ ⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati ⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,

fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative del Titolare** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di *marketing* del Titolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno**

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, *e-mail*, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;

4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹²⁾. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate del Titolare.

5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹³⁾, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽¹⁴⁾ per finalità di *marketing*;

Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica;

6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche⁽¹⁵⁾, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari; medici fiduciari consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc.. Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporci, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e alle finalità di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte.

Si precisa che:

o sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;

o per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia;

o il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare;

appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;

o i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

“MUTUO ASSICURATO. DIPENDENTI EMILIA ROMAGNA”
Polizza di assicurazione
tariffa temporanea monoannuale per il caso di morte - Codice Tariffa 4C36U

Convenzione n. 100.1.000.540/
 Banca di Credito Cooperativo:

ABI:

ASSICURATO

Cognome Nome:
 Data di nascita:
 Luogo di nascita:
 Professione - Sottogruppo:

Codice Fiscale:
 Prov:
 Ramo attività:
 Sesso:

DATI COPERTURA ASSICURATIVA

Numero Mutuo: Data di Stipula Mutuo:
 Data di decorrenza copertura assicurativa:
 Età assicurativa: Capitale Assicurato: €
 Il premio da corrispondere per il primo anno è calcolato in *pro rata temporis* fin al 31/12/
Esclusioni/Limitazioni: si rimanda all'Articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione.

PRESTAZIONI CONTRATTUALI

In caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata specificata, la Società corrisponderà a _____ il debito residuo rilevato dal piano di ammortamento del mutuo, calcolato alla data del sinistro secondo le modalità descritte all'interno del Set Informativo.

BENEFICIARI

Beneficiaria delle prestazioni è la _____ nei limiti del capitale assicurato; solleva inoltre BCC Vita da qualsiasi responsabilità in merito ad eventuali crediti vantati dalla Banca nei suoi confronti in eccesso rispetto alla somma assicurata liquidabile al verificarsi del decesso.

COSTI E QUOTA PARTE PERCEPITA DAGLI INTERMEDIARI

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza, in valore percentuale, dei costi sostenuti dall'Assicurato e della quota parte degli stessi percepita in media dagli Intermediari con riferimento a ciascuna tipologia di costo.

Tipo costo	Misura costo	Quota parte del costo percepito dagli Intermediari (in percentuale)
Costi gravanti sul premio	16,0% del premio annuale	31,25%

BCC Vita S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) - Tel. +39 02 46 62 75 - pec: bccvita@pec.gruppocattolica.it
 Cap. Soc. Euro 62.000.000,00 i.v. - REA del C.C.I.A.A. di Milano n. 1714097 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230
 Codice Fiscale n. 06868981009 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - 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



DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- che le informazioni e le dichiarazioni contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non hanno taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande e alle dichiarazioni riportate precedentemente, assumendo ogni responsabilità sulle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
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.
In particolare, 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.
- di prestare il proprio consenso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1919 del Cod. Civ., all'assicurazione sulla propria vita denominata **"Mutuo Assicurato. Dipendenti Emilia Romagna"**, a seguito della Convenzione, stipulata tra Società BCC Vita S.p.A., con sede in Largo Tazio Nuvolari, 1 20143, Milano, Italia, e la Contraente dell'Assicurazione Collettiva;
- di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia dovuto o dovesse ricorrere sia prima che dopo aver rilasciato le dichiarazioni sul suo stato di salute, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società ritenesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.
- di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di autorizzare il Contraente, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i. "Codice in Materia di Protezione dei Dati", a trasmettere a BCC Vita S.p.A. e ad altri soggetti (quali società a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, e/o riassicuratori) le informazioni necessarie per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui alla Polizza.
- **di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione di "Mutuo Assicurato. Dipendenti Emilia Romagna", (codice Tariffa 4C36U), che costituisce parte integrante del contratto:**
 - **Set Informativo;**
- di essere, alla data della sottoscrizione della presente copertura, Dipendente o Familiare di Dipendente (in base allo Stato di Famiglia in essere, della BCC sopraindicata) di una delle Società indicate all'interno della Documentazione Contrattuale.

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del cod. civ., di approvare specificatamente le seguenti disposizioni riportate nelle Condizioni di Assicurazione: **Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.**

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato autorizza la Compagnia ad utilizzare, per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto, modalità di comunicazione a distanza quali internet e la posta elettronica, così come previsto dalla normativa vigente.

Firma dell'Assicurato _____

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZA

Per potere aderire alla Polizza Collettiva, all'assicurando è richiesto di rispondere al presente Questionario Sanitario. Si avverte l'assicurando che:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese nel Questionario Sanitario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'assicurando stesso. L'Assicuratore si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'assicurando.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Sanitario. L'Assicuratore pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'assicurando sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Sanitario.

A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?	SI	NO
1. Malattie cardiovascolari Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90) nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso, infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia, aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		
2. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia		
3. Neoplasie maligne Cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno, compresi leucemie, neoplasie atipiche incluse cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale, linfomi, mielomi		
4. Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barret, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa		
5. Malattie dell'apparato respiratorio Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida		
6. Malattie dimetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue <ul style="list-style-type: none"> o HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate o Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico o Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei o Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico quali idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi o Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie 		
B. In riferimento ad una delle patologie elencate al punto A è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura)?		
C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?		

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato dichiara di non svolgere una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

Firma dell'Assicurato _____

Milano, xx/xx/xxxx

Firma dell'Assicurato _____

Per l'identificazione dell'Assicurato

Timbro e firma della Banca

BCC Vita S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Marco Passafiume Alfieri

Marco Passafiume Alfieri

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI
ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679**

Cognome e Nome dell'Aderente/Assicurato: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Prestazione del consenso riferita all'Aderente/Assicurato

Preso visione dell'informativa sopra riportata, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, con riferimento:

- ❖ al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute **per le finalità assicurative/liquidative**, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

CONSENSO **NON CONSENSO**

- da compilare solo nel caso di persone fisiche

- in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di profilazione effettuata dal Titolare**, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹⁹⁾; il consenso è **facoltativo**;

CONSENSO **NON CONSENSO**

- da compilare anche nel caso di persone giuridiche

- il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età

- ❖ al trattamento **per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽²⁰⁾, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽²¹⁾, per finalità di *marketing* di questi; il consenso è **facoltativo**;

CONSENSO **NON CONSENSO**

- da compilare anche nel caso di persone giuridiche

- il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età

- ❖ alla comunicazione dei dati personali a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽²²⁾, per finalità di *marketing* di questi, attraverso modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽²³⁾; il consenso è **facoltativo**.

CONSENSO **NON CONSENSO**

- da compilare anche nel caso di persone giuridiche

- il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età

Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Titolare.

Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Gruppo Imprenditoriale Cattolica.

Dichiaro che i flag apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà, anche qualora siano stati inseriti a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

Milano, xx/xx/xxxx

Aderente/Assicurato _____

⁽¹⁹⁾ vedi nota 9;

⁽²⁰⁾ vedi nota 9;

⁽²¹⁾ vedi nota 14;

⁽²²⁾ vedi nota 14;

⁽²³⁾ vedi nota 9.



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



CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001