



BCC Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

PRAESIDIUM. DIPENDENTI

(CODICE TARIFFA 4005C)

SET INFORMATIVO composto da:

- **Documento informativo precontrattuale (DIP Vita)**
- **Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita)**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario**
- **Modulo di Proposta**



Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante

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

BCC Vita S.p.A

Prodotto: PRAESIDIUM. DIPENDENTI (4005C)



Data di aggiornamento: 01/04/2021 - 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?

Il presente contratto è una polizza che garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
<p>✓ <i>Prestazione in caso di decesso: in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari designati di un capitale assicurato. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.</i></p>

 Che cosa NON è assicurato?
<p>✗ <i>Non ci sono garanzie escluse dalla copertura assicurativa.</i></p>

 Ci sono limiti di copertura?
<p>! Sono esclusi dalla garanzia soltanto i decessi causati da:</p> <ul style="list-style-type: none">! Attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;! Partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;! Partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;! Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;! Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto. <p>In tutti questi casi, la Compagnia pagherà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.</p> <p>! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.</p> <p>! Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.</p>

 Dove vale la copertura?
<p>✓ <i>Non vi sono limiti territoriali alla copertura.</i></p>

 Che obblighi ho?
<ul style="list-style-type: none">- Il Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta/Polizza deve essere Dipendente di una Banca di Credito Cooperativo o un suo familiare risultante dallo stato di famiglia.- 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.- Per la sottoscrizione del contratto l'Assicurato dovrà rispondere a tutte le domande riportate nella Proposta alla sezione "Dichiarazioni dell'Assicurato".- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi, eventualmente intervenuti in corso di contratto, di:<ul style="list-style-type: none">- Modifiche di professione dell'Assicurato;- Trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea.- Trasferimento di domicilio/sede del Contraente e/o dell'Assicurato in uno Stato estero.- <u>L'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario.</u>- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Polizza.- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità previste e sempre che l'Assicurato sia in vita, un premio annuo costante determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto. Il premio annuo di assicurazione, non frazionabile, è dovuto in via anticipata per l'intera durata contrattuale, e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.
- Il premio del primo anno è dovuto per intero. A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.
- Il premio annuo è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.
- Il pagamento dei premi avviene presso la Banca del Contraente, se convenzionata con la Compagnia, attraverso SDD (Sepa Direct Debit). Il Contraente ha la facoltà di modificare la Banca o il conto corrente di appoggio, purché le nuove coordinate di conto si riferiscano ad una Banca convenzionata con la Compagnia.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.
- A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta e pagato il premio pattuito, il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente è informato, tramite consegna della Polizza, dell'avvenuta accettazione della Proposta da parte della Compagnia.
- L'assicurazione entra in vigore e pertanto ha decorrenza:
 - Alle ore 24:00 del giorno in cui il contratto è concluso, ovvero;
 - Alle ore 24 del giorno indicato nella Polizza qualora la Polizza preveda una data di decorrenza diversa da quella in cui il contratto è concluso.
- A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.
- La scadenza del contratto è fissata alle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di scadenza.
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio/sede per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede 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?

- Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 02 21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.
La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.
- Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio dell'apposito modulo, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, a mezzo fax al numero 02 21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le Parti del contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante

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

BCC Vita S.p.A

Prodotto: PRAESIDIUM. DIPENDENTI (4005C)



Data di aggiornamento: 01/04/2021 - 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.

Il contraente 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.

BCC VITA S.p.A.

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:

- Di seguito la griglia assuntiva, distinta per fasce di capitali e fasce di età, da cui si può evincere la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia per la copertura assicurativa:

Capitali Assicurati	Età fino a 50 anni	Età da 51 a 60 anni	Oltre 60 anni
Fino a €120.000,00	- Questionario sanitario; - Ricerca anticorpi anti HIV	- Questionario sanitario; - Ricerca anticorpi anti HIV	- Rapporto visita medica del Medico curante; - Ricerca anticorpi anti HIV; - Esame completo delle urine; - Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro.

<p>Da € 120.001,00 a € 250.000,00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto visita medica del Medico curante; - Esame completo delle urine; - Ricerca anticorpi anti HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto visita medica del Medico curante; - Esame completo delle urine; Esame teleradiografico del torace; - Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro; - Azotemia glicemia e creatininemia; - Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia; - Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; - Velocità di eritrosedimentazione; - Ricerca anticorpi anti HIV
<p>Oltre € 250.000,00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto visita medica del Medico curante; - Esame completo delle urine; - Esame tele radiografico del torace; - Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro; - Azotemia glicemia e creatininemia; - Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia; - Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina); - Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; - Velocità di eritrosedimentazione; - HBSAG; - Anti-HCV; - Ricerca anticorpi anti HIV 	



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi | Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Base.



Ci sono limiti di copertura?

- Il contratto verrà assunto con la piena copertura purché l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica accettando la modalità e gli oneri che ne dovessero derivare.
- Per il caso di morte da malattia sono previsti periodi di carenza differenziati a seconda che l'Assicurato si sia sottoposto o meno a visita medica.
- Contratti assunti senza visita medica:
Qualora l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, al contratto viene applicato un periodo di carenza di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione; in caso di decesso dell'Assicurato durante tale periodo e a condizione che il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto degli accessori.
La Compagnia non applicherà nei primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopra indicata qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:
 - Di una delle seguenti malattie acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
 - Di shock anafilattico (malattia non infettiva) sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
 - Di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. In questo caso il capitale assicurato non sarà pagato e il premio rimane acquisito alla Compagnia.
- Contratti assunti con visita medica ed in assenza del test H.I.V.
Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il periodo di carenza viene esteso a sette anni. In questo caso il capitale assicurato non sarà pagato



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di evento?</p>	<p>Denuncia di sinistro: al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari 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.</p> <p><u>Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:</u></p>
--	--

In caso di revoca della proposta:

- Richiesta sottoscritta dal Contraente;

In caso di recesso dal contratto:

- Richiesta sottoscritta dal Contraente;
- 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 Contraente.

In caso di decesso:

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

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

- Dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- In caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- In caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, anche 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.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

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 e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Prescrizione:

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

Liquidazione della prestazione:

	<p>La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.</p> <p>In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Se il pagamento non avviene entro questo 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>Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere esatte e complete. 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>A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di impugnare il contratto dichiarando al Contraente 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 i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno. <p>B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi 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, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente di appoggio, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio successive.
Rimborso	Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto. La Compagnia ha tuttavia il diritto di recuperare: <ul style="list-style-type: none"> - Le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto indicate nella Proposta e in Polizza; - Le spese documentate per accertamenti sanitari relative allo stato di salute dell'Assicurato, se sostenute dalla Compagnia o dai suoi incaricati; - La parte di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.
Sconti	Non sono previsti sconti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<ul style="list-style-type: none"> - Il contratto ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni. - L'assicurazione entra in vigore e pertanto ha decorrenza: <ul style="list-style-type: none"> - Alle ore 24:00 del giorno in cui il contratto è concluso, ovvero; - Alle ore 24 del giorno indicato nella Polizza qualora la Polizza preveda una data di decorrenza diversa da quella in cui il contratto è concluso. - A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza. - Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi. 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.
Sospensione	<p>Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi trenta giorni, la risoluzione del contratto; i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia senza diritto ad ottenere la riduzione del Capitale o il valore di riscatto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente ha comunque il diritto di riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. - Trascorsi sei mesi ed entro i ventiquattro mesi, la riattivazione può avvenire invece solo dietro

espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto dell'esito degli esami. In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto non può essere riattivato.

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

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

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.

A chi è rivolto questo prodotto ?

- Il prodotto è destinato a:
 - Dipendenti (o familiare risultante dallo stato di famiglia) di una Banca di Credito Cooperativo con età compresa tra 18 e 80 anni che vogliono coprirsi dal rischio di morte.

Il Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta/Polizza deve essere dipendente di una Banca di Credito Cooperativo o un suo familiare risultante dallo stato di famiglia.
 L'età dell'Assicurato all'ingresso non deve essere inferiore a 18 anni, mentre quella alla scadenza contrattuale non deve comunque risultare superiore a 80 anni.

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.

I costi gravanti sul premio annuale relativo alla prima annualità sono rappresentati nella tabella che segue.

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 20,00 euro più 6,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

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

I costi gravanti sui premi annuali successivi al primo sono rappresentati nella tabella che segue:

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 20,00 euro più 6,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

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)**

0,00%

- **Costi dei PPI:**

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

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 S.p.A. – 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	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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).
Negoziata 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 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>
---	---

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE COSTANTE

(CODICE TARIFFA 4005C)

BCC Vita - (Tariffe 4005C)

[Data di aggiornamento: 01/04/2021]

INDICE

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO	2
Art. 1 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA	2
Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE	2
1.1 Prestazione assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.	2
1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.	3
SEZIONE II) CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO	3
Art. 3 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO	3
Art. 4 REVOCA DELLA PROPOSTA	3
Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE	3
SEZIONE III) IL PREMIO E LE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO	3
Art. 6 IL PREMIO	4
Art. 7 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	4
SEZIONE IV) REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE	4
Art. 8 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E RIATTIVAZIONE	4
Art. 9 RISCATTO E PRESTITI	5
Art. 10 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ	5
Art. 11 CONFLITTO DI INTERESSI	6
SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI EVENTO	6
Art. 12 DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE	6
Art. 13 NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE	7
SEZIONE VI) BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE	8
Art. 14 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE	8
SEZIONE VII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'	8
Art. 15 IMPOSTE E TASSE	8
Art. 16 FORO COMPETENTE	8
Art. 17 COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA COMPAGNIA	8
Art. 18 PRESCRIZIONE	8
Art. 19 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	8
GLOSSARIO	9

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE COSTANTE

(CODICE TARIFFA 4005C)

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle eventuali Appendici firmate dalla Compagnia.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto, valgono le norme di Legge.

Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE

1.1 Prestazione assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Compagnia si obbliga a pagare immediatamente, ai Beneficiari designati, il capitale costante indicato nella Polizza.

A. Sono esclusi da questa garanzia soltanto i decessi causati da:

- attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto.

In tutti questi casi, la Compagnia pagherà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Per il caso di morte da malattia sono previsti periodi di carenza differenziati a seconda che l'Assicurato si sia sottoposto o meno a visita medica.

B. Contratti assunti senza visita medica

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, al contratto viene applicato un periodo di carenza di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione; in caso di decesso dell'Assicurato durante tale periodo e a condizione che il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto degli accessori.

La Compagnia non applicherà nei primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopra indicata qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

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

Il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. In questo caso il capitale assicurato non sarà pagato e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Contratti assunti con visita medica ed in assenza del test H.I.V.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, in caso di decesso dell'Assicurato

dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il **periodo di carenza viene esteso a sette anni**. In questo caso il capitale assicurato non sarà pagato.

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.

SEZIONE II) CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

Art. 3 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta e pagato il premio pattuito, il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente è informato, tramite consegna della Polizza, dell'avvenuta accettazione della Proposta da parte della Compagnia.

L'assicurazione entra in vigore e pertanto ha decorrenza:

- alle ore 24:00 del giorno in cui il contratto è concluso; ovvero
- alle ore 24 del giorno indicato nella Polizza qualora la Polizza preveda una data di decorrenza diversa da quella in cui il contratto è concluso.

A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data 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.

La scadenza del contratto è fissata alle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di scadenza.

Art. 4 REVOCA DELLA PROPOSTA

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 02 21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Dopo la conclusione del contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro un termine di 30 giorni, con lettera contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza e denominazione del Contraente) da inviare a mezzo fax al numero 02 21072250 o mediante raccomandata con avviso di ricevimento, a:

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

Il recesso ha l'effetto di liberare le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di ricevimento da parte della Compagnia della succitata lettera.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto.

La Compagnia ha tuttavia il diritto di recuperare:

- le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, indicate nella Proposta e nella Polizza;
- le spese documentate per accertamenti sanitari relative allo stato di salute dell'Assicurato, se sostenute dalla Compagnia o dai suoi incaricati;
- la parte di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

SEZIONE III) IL PREMIO E LE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Art. 6 IL PREMIO

Il premio, calcolato in annualità anticipate, è costante per tutta la durata contrattuale e deve essere pagato alle scadenze pattuite ma non oltre il giorno di decesso dell'Assicurato.

Il premio del primo anno è dovuto per intero. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

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

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

Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente di appoggio, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio successive.

Art. 7 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato devono essere veritiere esatte e complete. 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 HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente 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 i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi 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.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

SEZIONE IV) REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

Art. 8 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E RIATTIVAZIONE

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi 30 giorni, la risoluzione del contratto; i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia senza diritto ad ottenere la riduzione del capitale o il valore di riscatto.

Entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi 6 mesi ed entro i 24 mesi, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto dell'esito degli esami.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto non può più essere riattivato.

Art. 9 RISCATTO E PRESTITI

Il presente contratto non prevede valori di riscatto né la concessione di prestiti.

Art. 10 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ

Il Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta **deve essere Dipendente di una Banca di Credito Cooperativo o un suo familiare risultante dallo stato di famiglia.**

L'età dell'Assicurato all'ingresso non deve essere inferiore a 18 anni, mentre quella alla scadenza contrattuale non deve comunque risultare superiore a 80 anni.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio/sede per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede 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.

Di seguito la griglia assuntiva, distinta per fasce di capitali e fasce di età, da cui si può evincere la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia per la copertura assicurativa:

Capitali assicurati	Età fino a 50 anni	Età da 51 a 60 anni	Oltre 60 anni
Fino a € 120.000,00	<ul style="list-style-type: none">• Questionario sanitario;• Ricerca anticorpi anti HIV (*)	<ul style="list-style-type: none">• Questionario sanitario;• Ricerca anticorpi anti HIV (*)	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Ricerca anticorpi anti HIV (*);• Esame completo delle urine;• Ecg a riposo e da sforzo• massimale al cicloergometro.
Da € 120.001,00 a € 250.000,00	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Esame completo delle urine;• Ricerca anticorpi anti HIV (*)	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Esame completo delle urine; Esame teleradiografico del torace;• Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro;• Azotemia glicemia e creatininemia;• Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia;• Esame cromocitometrico e morfologico del sangue;• Velocità di eritrosedimentazione;• Ricerca anticorpi anti HIV (*)	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Esame completo delle urine; Esame teleradiografico del torace;• Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro;• Azotemia glicemia e creatininemia;• Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia;• Esame cromocitometrico e morfologico del sangue;• Velocità di eritrosedimentazione;• Ricerca anticorpi anti HIV (*)
Oltre € 250.000,00	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Esame completo delle urine;• Esame tele radiografico del torace;• Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro;• Azotemia glicemia e creatininemia;• Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia;• Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina);• Esame cromocitometrico e	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Esame completo delle urine;• Esame tele radiografico del torace;• Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro;• Azotemia glicemia e creatininemia;• Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia;• Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina);• Esame cromocitometrico e	<ul style="list-style-type: none">• Rapporto visita medica del Medico curante;• Esame completo delle urine;• Esame tele radiografico del torace;• Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro;• Azotemia glicemia e creatininemia;• Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia;• Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina);• Esame cromocitometrico e

Capitali assicurati	Età fino a 50 anni	Età da 51 a 60 anni	Oltre 60 anni
	morfologico del sangue; • Velocità di eritrosedimentazione; • HBSAG; Anti-HCV; • Ricerca anticorpi anti HIV (*)	morfologico del sangue; • Velocità di eritrosedimentazione; • HBSAG; Anti-HCV; • Ricerca anticorpi anti HIV (*)	morfologico del sangue; • Velocità di eritrosedimentazione; • HBSAG; Anti-HCV; • Ricerca anticorpi anti HIV (*)

(*) Nel caso in cui l'Assicurato non intenda eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività (facoltativi), rimane convenuto che se il decesso dell'Assicurato avviene entro i primi sette anni dal perfezionamento della copertura assicurativa e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Per la sottoscrizione del presente contratto l'Assicurato dovrà rispondere a tutte le domande riportate nella Proposta alla sezione "Dichiarazioni dell'Assicurato" secondo quanto previsto dal precedente Art. 7 - DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO.

Il contratto verrà assunto con la piena copertura purché l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica accettando la modalità e gli oneri che ne dovessero derivare.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, al contratto verranno applicati i periodi di carenza indicati al successivo Articolo 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, al contratto verranno applicati i periodi di carenza indicati al successivo Articolo 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Art. 11 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 EVENTO

Art. 12 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, il Contraente e/o i Beneficiari 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 i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;

In caso di recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;
- 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 Contraente.

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;

- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela 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.

- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto. Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.). Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

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

La Compagnia, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari **mediante Fax al numero 02.21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.**

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

Se il pagamento non avviene entro questo 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.**

Art. 13 NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE

- Cessione, pegno e vincolo** Il Contraente può cedere a terzi il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, **a seguito di comunicazione scritta da parte del Contraente**, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice. **Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto o di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.**
- Limitazioni di azioni esecutive o cautelari** Ai sensi dell'art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
- Diritto proprio del Beneficiario** Al momento della designazione, il Beneficiario acquista un diritto proprio nei confronti della Compagnia.

SEZIONE VI) BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 14 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiari sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione della Polizza o che risulterà designata al momento dell'evento.

Il Contraente può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata tranne nei seguenti casi:

- dagli Eredi dopo la morte dell'Assicurato ovvero dopo che, verificatosi l'evento, il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto di voler profittare del beneficio;
- dopo che il Contraente abbia rinunciato per iscritto al potere di revoca ed il Beneficiario abbia dichiarato al Contraente di voler profittare del beneficio.

Le modifiche relative alla designazione del Beneficiario devono essere comunicate per iscritto alla Società (tramite sottoscrizione dell'apposito modulo) o disposte per testamento.

SEZIONE VII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'

Art. 15 IMPOSTE E TASSE

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o 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 COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA COMPAGNIA

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

In caso di trasferimento di domicilio/sede del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

Art. 18 PRESCRIZIONE

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

Art. 19 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA	<p>L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.</p> <p>Questa attività prevede i seguenti adempimenti:</p> <ol style="list-style-type: none">identificazione dei soggetti coinvolti nel rapporto assicurativo:<ul style="list-style-type: none">cliente (contraente) ed eventuale esecutore;beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa);eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;verifica dell'identità dei soggetti coinvolti nel rapporto, di cui al punto a., sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;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 insieme o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e il Contraente.
ASSICURATO	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. 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. Se l'evento assicurato avviene in questo periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.
COMPAGNIA	Vedi "Società".
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
CONFLITTO DI INTERESSI	Insieme di tutte quelle situazioni in cui può esserci contrasto fra l'interesse della Compagnia e quello del Contraente.
CONTRAENTE	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.
CONTRATTO (DI ASSICURAZIONE SULLA VITA)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
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.
CONVENZIONE ASSICURATIVA	Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. La Convenzione è stata sottoscritta tra la Compagnia e la Contraente.

COSTI (O SPESE)	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
DEBITO RESIDUO	Quanto residua in linea capitale, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute.
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 può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi, secondo la normativa vigente.
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 del Contraente.
DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)	Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale: <ul style="list-style-type: none"> • dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato; • dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.
DURATA CONTRATTUALE	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
ESCLUSIONI/LIMITAZIONI	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
ETÀ ASSICURATIVA	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
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 quindi obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni e una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è inoltre obbligata a 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.

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 è 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.

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

POLIZZA

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

POLIZZA DI PURO RISCHIO

Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

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.

POLIZZA

Documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

PREMIO UNICO

Importo che il Contraente corrisponde 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.

PRINCIPIO DI COERENZA

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

PROPOSTA

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

PROROGA

Prolungamento del periodo di durata del contratto di assicurazione.

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 di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

RICORRENZA ANNUALE

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

RISCHIO DEMOGRAFICO	In base alle statistiche su età, sesso, provenienza sociale e geografica si determina il rischio demografico, ovvero la differenza tra la durata della vita di una persona e la durata media della vita della popolazione. Il rischio demografico si verifica sia nel caso in cui la durata della vita dell'assicurato sia inferiore alla media statistica (rischio premorienza), sia nel caso in cui sia superiore (rischio longevità).
SCADENZA	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
SET INFORMATIVO	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> • Dip Vita; • Dip Aggiuntivo Vita; • Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario; • Modulo di proposta.
SINISTRO	Verificarsi dell'evento di rischio Assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
SOCIETA' (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.
SOVRAPPREMIO	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).

“Praesidium.Dipendenti”

Proposta di assicurazione

Tariffa temporanea caso morte a premio annuo e capitale costante - Codice Tariffa 4005C

Proposta n.

Banca di Credito Cooperativo: ABI:

– CAB:

ASSICURANDO

Cognome Nome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Professione - Sottogruppo:

Codice Fiscale:

Prov:

Ramo attività:

Sesso:

CONTRAENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE (*)

Cognome Nome/Ragione Sociale:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Professione - Sottogruppo:

Residenza/Sede Legale:

C. F./P. IVA:

Prov:

Ramo attività:

Prov:

C. F.:

Sesso:

Sesso:

Leg. Rappr.:

Data di nascita:

Tipo Documento:

Data del rilascio:

- Data di scadenza:

Luogo:

(*) ai sensi della Legge 231/2007

Numero Documento:

Rilasciato da:

DATI DI PROPOSTA

Data di decorrenza:

Data di scadenza:

Durata:

Età assicurativa:

Capitale assicurato ai sensi delle Condizioni di Assicurazione: €

Tipo premio: Annuo

Frazionamento:

Premio di perfezionamento:	Importo netto:	di cui sovrappremio:	Costo fisso:	Importo Totale:
	€	€	€	€
Premio rate successive	Importo netto:	di cui sovrappremio:	Costo fisso:	Importo Totale:
	€	€	€	€

PRESTAZIONI CONTRATTUALI

In caso di DECESSO dell'Assicurato, prima della scadenza del contratto, BCC Vita pagherà ai beneficiari il capitale assicurato come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

BENEFICIARI

In caso di morte si rimanda all'Appendice Beneficiari

DIRITTO DI REVOCA

La presente proposta può essere revocata da parte del proponente, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi alla Società a mezzo lettera raccomandata A.R.

La comunicazione di revoca deve indicare il numero della proposta sottoscritta. La revoca ha effetto dal ricevimento della comunicazione; al proponente verranno restituite le somme eventualmente già pagate.

BCC Vita S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano - Italia - Pec bccvita@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75
 Cap. Soc. Euro 62.000.000,00 i.v. - C. F. e Iscr. Reg. Imp. di MI n. 06868981009 - REA del C.C.I.A.A. di Milano n. 1714097 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - 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.

www.bccvita.it



DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente, entro il trentesimo giorno successivo alla data di conclusione del presente contratto, può recedere dallo stesso. La comunicazione di recesso va inviata a mezzo lettera raccomandata presso la Sede Operativa della Società, Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a partire dalle ore 24 del giorno di ricevimento della lettera raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvederà a rimborsare al Contraente l'ammontare del premio versato, diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto. La Società ha inoltre diritto al recupero delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

Il Contraente/Assicurando dichiarano, ai sensi degli articoli 1892-1893 del C.C. e ad ogni effetto di legge, 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.

L'Assicurando proscioglie 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 riguardino, 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.

Il Contraente *dichiara* inoltre di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione di

(codice Tariffa _____), che costituisce parte integrante del contratto:

- Set Informativo;
- Informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario).

L'Assicurando _____

Il Contraente _____

Il Contraente *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.

Il Contraente _____

L'Assicurato dichiara di prestare il proprio consenso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1919 del Cod. Civ., all'assicurazione sulla propria vita di cui al presente contratto.

L'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE/FAMIGLIARE

Il sottoscritto Contraente, dichiara di essere Dipendente/ Familiare del Dipendente della BCC (in base allo Stato di famiglia in essere), alla data di sottoscrizione del presente contratto:

Firma del Contraente

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile cliente, la compilazione del presente questionario è mirata ad acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre un contratto coerente con le Sue esigenze assicurative. Le chiediamo pertanto la Sua collaborazione per aiutarci a offrirLe le garanzie assicurative maggiormente rispondenti alle Sue esigenze. La mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del fabbisogno assicurativo e non consente, quindi, l'emissione della presente polizza.

1. Età Contraente: [] anni
 2. Età Assicurando: [] anni

3. Qual è il Suo stato occupazionale attuale?

- Non occupato []
- Occupato in modo non continuativo []
- Dipendente a tempo indeterminato []
- Lavoratore autonomo/imprenditore []
- Pensionato []

4. Lei ha eventuali altri soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?

- Sì []
- No []

5. Qual è attualmente il Suo livello di reddito lordo annuo?

- Fino ad € 20.000,00 []
- Da € 20.001,00 a € 50.000,00 []
- Da € 50.001,00 a € 150.000,00 []
- Oltre € 150.000,00 []

6. Qual è l'entità del patrimonio liquido o liquidabile a breve a Sua disposizione per l'investimento assicurativo?

- Fino ad € 20.000,00 []
- Da € 20.001,00 a € 50.000,00 []
- Da € 50.001,00 a € 150.000,00 []
- Oltre € 150.000,00 []

7. Quale obiettivo assicurativo-previdenziale intende perseguire in prevalenza con il presente contratto?

- Protezione assicurativa di rischio (es. morte) []
- Previdenza/pensione complementare []
- Risparmio/investimento []

8. Come intende perseguire i Suoi obiettivi di protezione/previdenza/risparmio?

- Mediante versamenti unici []
- Mediante versamenti ricorrenti []

9. Qual è l'orizzonte temporale previsto di disinvestimento?

- Breve (da 1 a 5 anni) []
- Medio (oltre i 5 e fino 10 anni) []
- Lungo (oltre i 10 anni) []

Analizzate le risposte date ai quesiti sopra riportati, il Distributore dichiara che la polizza richieste ed esigenze del cliente.

RISULTA COERENTE con le

Milano, xx/xx/xxxx

Il Contraente _____

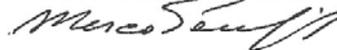
Per l'identificazione di Contraente/Assicurando/Legale Rappresentante

_____ Timbro e firma della Banca

BCC Vita S.p.A.

Il Rappresentante Legale

Marco Passafiume Alfieri



INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

La Società BCC Vita S.p.A., **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati ¹, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

DATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ², se necessario le immagini, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi ³, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali,

- 1. per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. beneficiari, coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc..
- 2. per finalità di marketing diretto nella modalità del "soft spam"** ⁴ effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione ⁵ esercitabile dall'interessato.

Previo consenso facoltativo e specifico dell'interessato:

- 3. per finalità di marketing e commerciali effettuate dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁶, ai fini, ad esempio, di invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente.
- 4. per finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare**, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata. In particolare, definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di inviare comunicazioni personalizzate e poter offrire proposte coerenti con le sue necessità e caratteristiche.

¹ se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari), anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

² quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

³ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;

⁴ invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;

⁵ cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";

⁶ 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;

5. per l'invio per finalità di *marketing*, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (editoria, *automotive* servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, *information technology*, telecomunicazioni, trasporti, energia).
6. per finalità di *marketing* di altre Società del Gruppo, nonché di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate al punto 5) ai quali il Titolare potrà comunicare i dati. Detti soggetti tratteranno i dati per proprie finalità di *marketing* (effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale), per le quali riceverà dagli stessi, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.

I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

1. per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
2. per finalità di *marketing*, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati e, comunque, non superiore a 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso;
3. per finalità di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dal momento della raccolta del dato.

COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altre società del Gruppo Cattolica nonché 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, CONSOB, 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, e di informazione commerciale, e di archiviazione documentale etc..

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

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, e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it, espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può 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, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può opporsi, 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, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it/>).

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento", "soft spam" fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia.

Per i dati conferiti per le finalità di cui ai punti 3, 4, 5, 6 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" la prestazione del consenso è facoltativa, ma in difetto il Titolare, le altre società del Gruppo Cattolica ed i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate non potranno dar corso alle operazioni di trattamento ivi descritte.

Si precisa che:

- o per i trattamenti facoltativi di cui ai punti 3, 4, 5, 6 è possibile esercitare, in ogni momento il diritto di revoca del consenso, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia. Il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività sopradescritte, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- o fermo quanto indicato nel paragrafo "Modalità di Trattamento e tempi di conservazione" detti consensi facoltativi vengono meno solo a seguito di revoca del consenso dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

Cognome e Nome dell'Assicurato:

Prestazione del consenso riferita all'Assicurato

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

- ❖ al trattamento dei dati particolari (ad esempio stato di salute) **per le finalità relative all'attività assicurativa** (quali indicate al punto 1 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), da parte del Titolare e degli altri soggetti sopraindicati sempre per le medesime finalità

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

CONSENTO

NON CONSENTO

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing e commerciali effettuate dal Titolare** (quali indicate al punto 3 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio;

il consenso è **facoltativo**;

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

CONSENTO

NON CONSENTO

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di profilazione effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata, in particolare definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di inviare comunicazioni personalizzate e poter offrire proposte commisurate alle sue necessità e caratteristiche;

il consenso è **facoltativo**;

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

CONSENTO

NON CONSENTO

- ❖ al trattamento dei dati personali **per l'invio per finalità di marketing** (quali indicate al punto 5 del paragrafo Dati e finalità del trattamento) **effettuato dal Titolare**, con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (editoria, *automotive* servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, *information technology*, telecomunicazioni, trasporti, energia);

il consenso è **facoltativo**;

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

CONSENTO

NON CONSENTO

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing di altre Società del Gruppo nonché di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (quali indicate al punto 6 del paragrafo Dati e finalità del trattamento) **ai quali il Titolare comunicherà i dati**. Detti soggetti tratteranno i dati per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto;

il consenso è **facoltativo**;

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

CONSENTO

NON CONSENTO

Dichiaro di oppormi al trattamento per finalità di marketing diretto nelle modalità del "soft spam" (quali indicate al punto 2 del paragrafo Dati e finalità del trattamento) effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare.

Dichiaro che i flag apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà.

Luogo e data _____

Nome e Cognome _____

Firma dell'Assicurato _____



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