

Assicurazione temporanea caso di morte da infortunio o malattia

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

BCC Vita S.p.A.

Prodotto: Polizza Protezione Mutuo a premio annuo (4C39U)

Data di realizzazione: 01/07/2021- 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 collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte da infortunio o da malattia per i sottoscrittori di un Contratto di Finanziamento in forma di Mutuo. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alla copertura del rischio di invalidità permanente totale da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, perdita involontaria dell'impiego/ Disoccupazione e per Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
✓ Sono assicurabili i mutui ipotecari di nuova erogazione ed i mutui in corso. ✓ Prestazione in caso di decesso: la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. ✓ Capitale Assicurato: ✓ Il capitale assicurato è determinato sulla base del contratto di mutuo stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo, previsto dal piano di ammortamento iniziale del mutuo. ✓ Il capitale massimo assicurato non potrà superare euro 500.000,00 (cinquecentomila/00). E' data facoltà all'Assicurato di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con un limite di sotto-assicurazione pari al 50% dell'importo erogato, con un minimo di € 25.000,00. ✓ Per maggiori dettagli si rinvia al DIP aggiuntivo.

 Che cosa NON è assicurato?
* Non sono assicurabili i mutui la cui data di scadenza ecceda la data di compimento degli 80 anni di età (assicurativa) dell'Assicurato. * Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.



Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- ! guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- ! suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ! abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- ! infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- ! malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- ! dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- ! svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- ! Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.
- ! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi, eventualmente intervenuti in corso di contratto, di:
- di modifiche di professione dell'Assicurato;
- In caso di trasferimento di domicilio/sede del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.
- L'Assicurato deve sottoscrivere il modulo di adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario sanitario/Questionario Tecnico Assuntivo e di sottoporsi a visita medica.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato paga il premio annuo al momento del perfezionamento del mutuo (o all'ingresso in copertura, se il mutuo è già in essere) ed alle ricorrenze annuali successive per il tramite del Contraente. Il premio può essere corrisposto in rate mensili.
- L'Assicurato, infatti, alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio annuo (eventualmente frazionato in rate mensili) che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato stesso e, per il tramite del Contraente, viene quindi accreditato sul conto corrente della Compagnia.
- L'importo del premio annuo relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione:
 - il valore del capitale iniziale assicurato, pari all'importo totale del mutuo richiesto (ovvero dell'importo residuo alla data di adesione se trattasi di mutuo in corso), maggiorato del premio di assicurazione;
 - la durata del mutuo;
 - l'età assicurativa dell'Assicurato al momento dell'erogazione del mutuo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto di assicurazione si considera concluso alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, sempreché contestualmente sia stato corrisposto il primo premio, altrimenti il contratto si concluderà alle ore 24.00 della data di pagamento del primo premio.
- In caso di estinzione anticipata totale, di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza successiva, in funzione del frazionamento del premio;
- La durata minima è pari a 1 anno la durata massima è pari a 30 anni. Il contratto non prevede il tacito rinnovo.
- La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza è pari la durata del mutuo. Per i mutui di nuova concessione, è pari a quella del Contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale. Per i mutui in corso, è pari a quella residua
- L'Aderente/Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



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

- Nella fase che precede la conclusione del contratto - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative - l'Aderente ha la facoltà di revocare il Modulo di Adesione.
- L'assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
- La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il diritto di recesso.
- Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
- Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN
BIANCO

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**, Italia – Iscritta al Reg. Imprese Ass., n. 1.00062

Prodotto: **Protezione Mutuo a premio annuo**

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

Che tipo di assicurazione è?

“Protezione Mutuo a premio annuo” è una polizza collettiva Danni + Vita. In relazione alle garanzie Danni, Helvetia Italia Assicurazioni presta la copertura in caso di Invalidità permanente totale da infortunio o malattia, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Perdita involontaria di impiego e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico. Sono assicurabili i mutui ipotecari nuovi o in corso. **Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.**



Che cosa è assicurato?

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. ti tutela nel caso si verifichi un evento sfavorevole che possa compromettere: (i) la tua capacità di rimborsare il debito residuo in essere sul mutuo che hai acceso; (ii) il pagamento delle rate del mutuo alle scadenze pattuite.

In relazione alla protezione del debito residuo, la stessa opera a fronte del riconoscimento della **Invalidità Permanente Totale** (cioè di grado pari o superiore al 60%) derivante da infortunio o malattia. L'indennizzo pagato all'assicurato è pari al valore del debito residuo del mutuo in linea capitale, secondo l'originario piano di ammortamento del mutuo stesso.

Con riferimento alla protezione della rata del mutuo, le garanzie previste dal prodotto sono acquistabili in base alla categoria professionale dell'Assicurato, secondo il seguente schema:

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale:** disponibile soltanto per i lavoratori autonomi, la garanzia opera a fronte di un infortunio o di una malattia che impedisca all'Assicurato di svolgere la sua specifica attività per un periodo limitato di tempo;
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego:** disponibile unicamente per i lavoratori dipendenti di azienda privata di diritto italiano (purché gli stessi abbiano superato il periodo di prova e lavorino in modo continuativo da almeno sei mesi), la garanzia opera a fronte di un licenziamento che comporti per l'Assicurato un periodo (limitato nel tempo) di disoccupazione;
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** garanzia sempre attiva per Non Lavoratori, Lavoratori Dipendenti di Ente pubblico, Lavoratori autonomi e attivabile facoltativamente dai Lavoratori Dipendenti di Ente privato. La garanzia opera a fronte di un ricovero ospedaliero reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" indicati in polizza e derivanti da infortunio o malattia.

Le assicurazioni **Inabilità Temporanea Totale** e **Perdita Involontaria d'Impiego** garantiscono una indennità mensile per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere, rispettivamente, nel periodo d'inabilità temporanea totale o nel periodo di disoccupazione comprovato, decorso il Periodo di Franchigia Assoluta (fissata in misura pari a 30 giorni per sinistro), mentre l'assicurazione **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** garantisce – in caso di ricovero di almeno 5 giorni, un indennizzo forfetario pari a un multiplo (12 o 6 volte in funzione del fatto che l'Assicurato si sia sottoposto all'intervento con il Sistema sanitario nazionale o in regime di convenzionamento) della indennità indicata in polizza.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali indicati nella scheda di polizza.



Che cosa non è assicurato?

- * Non sono assicurate le persone affette da alcolismo e/o da dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività H.I.V.
- * Persone che, quando l'assicurazione ha inizio, abbiano età superiore a 69 anni compiuti, fermo restando che l'età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non potrà essere superiore ai 80 anni compiuti.
- * Relativamente all'assicurazione “Perdita involontaria d'impiego”, non sono assicurati i casi di disoccupazione conseguenti a risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato e comunque in tutti i casi in cui la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto, ovvero sia conseguenza di (pre)pensionamento o di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Non sono assicurate le conseguenze derivanti da ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, di allucinogeni e simili.
- ! Sono esclusi gli infortuni causati da:
 - guida di veicoli senza relativa abilitazione in base alle disposizioni di Legge o in caso di patente scaduta;
 - guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
 - partecipazione a corse automobilistiche o motociclistiche e relative prove ed allenamenti;
 - delitti dolosi compiuti o tentati, compreso il suicidio;
 - guerra, insurrezioni, tumulti popolari, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
 - operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia Invalidità Permanente Totale ha validità in tutto il mondo.
- ✓ La garanzia Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.
- ✓ La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha validità soltanto nel territorio della Repubblica italiana (l'assicurazione non opera se al momento del sinistro l'Assicurato sta svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana).
- ✓ La garanzia Ricovero per Grande intervento Chirurgico è operante per infortuni e malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare, che ti vengono sottoposte per il tramite dei questionari ("Informazioni relative allo stato di salute e Informazioni relative allo stato occupazionale dell'Assicurando");
- comunicare alla Compagnia, con lettera raccomandata, eventuali cambiamenti che possono comportare un aggravamento di rischio o, in ogni caso, una variazione nella categoria professionale in cui sei stato inquadrato;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative.

In caso di sinistro, devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene alla data di decorrenza indicata sul Modulo di adesione e, successivamente, con periodicità annuale.

Il pagamento avviene mediante autorizzazione irrevocabile all'addebito dell'importo del premio su conto corrente aperto presso la filiale della Banca che ti vende il prodotto.

Il premio corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.

Frazionamento del premio: il premio può essere pagato in rate mensili.

Le garanzie a protezione della rata del mutuo hanno durata non superiore a dieci anni; per le polizze di durata superiore ai dieci anni è previsto per tali garanzie il pagamento di un premio in forma annua fino alla scadenza del contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, fermi i periodi di carenza indicati nella sezione «Ci sono limitazioni alla copertura?», se il premio è stato pagato, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

Per le garanzie a protezione della rata di rimborso, se la polizza ha durata superiore a dieci anni, la durata iniziale è decennale.



Come posso disdire la polizza?

Hai il diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso, inviando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. La Compagnia rimborsa il premio pagato al netto dell'imposta.

Per le garanzie a protezione della rata è altresì prevista la facoltà di recesso dal termine del decimo anno di durata del contratto.

Per le sole garanzie danni, se il contratto supera i cinque anni, l'Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Assicurazione a protezione del credito

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

BCC Vita S.p.A.



Helvetia Italia Assicurazioni Compagnia di Assicurazioni sui Danni S.p.A., Italia



Prodotto: Protezione Mutuo a premio annuo (4C39U)

Data di aggiornamento: 01/07/2021- Il DIP aggiuntivo Multirischio 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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa. L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Imprese:

- Per l'assicurazione vita: **BCC Vita S.p.A.**,

sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccvita.it;
e-mail: info@bccvita.bcc.it; bccvita@pec.gruppocattolica.it.

- Per l'assicurazione danni: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** Via G.B. Cassinis, 21; 20139 Milano; tel.+39 02 5351.1;
sito internet www.helvetiaitalia.it; e-mail: infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.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 282 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 62 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 214 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 75 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 34 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 252 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 222 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,38 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.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Via G.B. Cassinis, 21; 20139; Milano (Italia); tel.+39 02 5351.1; sito internet: www.helvetiaitalia.it; e-mail: infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

P. IVA e Cod. Fisc. 07530080154 - Società del Gruppo Helvetia soggetta alla Direzione ed al Coordinamento della Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Società con Socio Unico - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sui Danni con Decreto Ministeriale n.16723 del 20/6/1986 - G.U. n.148 del 28/6/1986.

Il patrimonio netto di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., all'ultimo bilancio approvato, è pari a 89,793 milioni di euro, di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 61,757 milioni di euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII.

Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard in vigore al 31.12.2020.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II	al 31.12.2020
Solvency Capital Requirement (SCR)	44.792.831
Minimum Capital Requirement (MCR)	19.372.576
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	100.262.730
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	100.262.730
Solvency Capital Ratio*	223,84%

(*) Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili della Compagnia e il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

La copertura assicurativa prestata da Protezione Mutuo a premio annuo (polizza collettiva ad adesione individuale) prevede l'offerta congiunta di una serie di garanzie Ramo Vita e Rami Danni (prestate da due distinte Compagnie: BCC Vita S.p.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.) da abbinare ai mutui ipotecari di nuova erogazione o già erogati dalle Filiali della Banca di Credito Cooperativo di Roma

In particolare, il suddetto contratto è abbinabile ai mutui stipulati tra il mutuatario (intestatario, cointestatario o garante del mutuo) – che può coincidere con l'Aderente della polizza – e la suddetta Banca Contraente delle polizze collettive (di seguito Banca).

Di seguito si riporta una tabella con indicazione delle tipologie di garanzie assicurative, congiunte ed inscindibili, previste dal contratto, unitamente all'indicazione della Compagnia che presta le singole coperture.

Garanzia assicurativa	Sezione	Compagnia d'Assicurazione
Assicurazione in caso di Decesso	Protezione del debito residuo del finanziamento	BCC Vita S.p.A.
Assicurazione per Invalidità permanente totale da infortunio o malattia		
Assicurazione per Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia	Protezione della rata del finanziamento	Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Assicurazione per la perdita involontaria dell'impiego/Disoccupazione		
Assicurazione per Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico		

SEZIONE “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO”

All'interno della sezione “Protezione del Debito Residuo” sono ricomprese le seguenti garanzie:

Ramo vita:

Nel caso di morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo a condizione che il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; la Compagnia corrisponde il capitale che risulta assicurato all'epoca del sinistro così come definito di seguito. Tale prestazione viene corrisposta solo a condizione che l'ammortamento del mutuo sia di tipo francese a tasso fisso o variabile e per mutui di durata fissa o flessibile. In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso, la copertura resterà in vigore – fino alla conclusione dell'annualità di premio pagata (o mensilità in caso di frazionamento mensile) - per un capitale assicurato pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento iniziale del mutuo senza quindi tener conto dell'anticipata estinzione. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.

Il capitale assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal piano di ammortamento del mutuo. Il capitale assicurato è quindi pari alla somma delle future quote capitale, derivanti da un piano di ammortamento di tipo francese a rate costanti o variabili per effetto della variazione periodica del tasso di interesse. Più precisamente, tale capitale assicurato è pari, nel caso in cui il debito non sia stato estinto anticipatamente, al debito residuo in conto capitale rilevabile, all'epoca di valutazione, dal piano di ammortamento iniziale comunicato dall'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate dall'Istituto di Credito alla Compagnia in fase di richiesta di liquidazione.

Nel computo del debito residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito, di competenza di un'epoca antecedente all'epoca del sinistro dell'Assicurato, che risultino insolite alla data del calcolo.

Dalla Compagnia non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.

La prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta ai Beneficiari designati.

Rami danni

Si segnala che Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. si impegna nei confronti dell'Assicurato nei limiti dei relativi limiti di indennizzo concordati con la Compagnia stessa.

La garanzia assicurativa Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ed alla quale non è possibile aderire singolarmente, prevede le seguenti prestazioni:

✓ **Prestazione in caso di invalidità Permanente Totale da Infortunio**

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale.

La presente garanzia opera se, a seguito di infortunio, l'Assicurato consegue una Invalidità Permanente Totale (IPT) di almeno il 60% secondo la tabella INAIL.

La presente garanzia comprende anche:

- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- gli infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Ai fini della presente copertura, sono considerati infortuni anche:

- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o congelamento;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- la folgorazione;
- gli infortuni causati da frane e smottamenti del terreno;
- le lesioni determinate da sforzi.

La copertura opera anche in caso di infortuni:

- che l'Assicurato subisca durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti, **diversi dagli infortuni derivanti da:**
 - **corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili);**
 - **sport pericolosi;**
 - **pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;**
- che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati come passeggero;
 - derivanti da stato di guerra **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di una guerra in uno Stato Estero.**
- che l'Assicurato subisca durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti, diversi dagli infortuni derivanti da:
 - **corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili);**
 - **sport pericolosi;**
 - **pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;**
 - **che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati come passeggero;**
 - **derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di una guerra in uno Stato Estero.**

✓ **Prestazione in caso di Invalidità Permanente totale da Malattia**

La presente garanzia vale per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, conseguente a malattia e a condizione che si sia manifestata successivamente alla data di effetto del contratto e comunque non oltre la data di cessazione dello stesso.

Il capitale da assicurare, **per entrambe le garanzie a protezione del debito residuo** viene liberamente scelto dall'Aderente in misura pari o inferiore all'importo del mutuo se di nuova erogazione o al debito residuo in caso di mutuo già erogato al momento della sottoscrizione della polizza. I limiti di importo del capitale assicurato iniziale – per testa assicurata – sono:

- pari all'importo del Mutuo di nuova erogazione o al debito residuo del Mutuo già erogato con un limite massimo di 500.000,00;
- pari ad un importo inferiore all'importo del mutuo di nuova erogazione o al debito residuo del mutuo già erogato con un limite minimo del 50% dell'importo stesso. Resta fermo, in ogni caso, che il suddetto importo non potrà comunque essere superiore a 500.000,00;

con riferimento a tutte le coperture collegate a mutui che siano in essere tra l'Assicurato, la Banca e le Compagnie alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Nel caso in cui il capitale assicurato iniziale sia inferiore all'importo del mutuo di nuova erogazione o al debito residuo del mutuo già erogato, il capitale liquidato in caso di decesso o in caso di invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

dell'Assicurato sarà pari al debito residuo del mutuo alla data dell'evento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato iniziale e l'importo del mutuo se di nuova erogazione o del debito residuo del mutuo se già erogato al momento della sottoscrizione della polizza.

Il capitale assicurato iniziale decresce, nel corso della durata contrattuale, secondo un piano di ammortamento di tipo francese.

La sottoscrizione del prodotto non è posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo immobile o di un credito al consumo.

L'Aderente (persona fisica) sottoscrive in aggiunta alle garanzie di cui alla precedente sezione "Protezione del Debito Residuo" anche una o più delle garanzie ricomprese nella presente sezione "**Protezione della Rata del finanziamento**", attivabili in relazione alla propria Categoria Professionale di appartenenza, come di seguito esplicitato.

SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"

Ramo danni

Si segnala che Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. si impegna nei confronti dell'Assicurato nei limiti dei relativi limiti di indennizzo concordati con la Compagnia stessa.

Le garanzie assicurative di cui alla presente sezione, prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ed alle quali non è possibile aderire singolarmente, prevedono le seguenti prestazioni.

In relazione alla Categoria professionale Lavoratore autonomo, opera la seguente prestazione:

✓ Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio o Malattia

Se a seguito di infortunio o malattia, consegue una Inabilità Temporanea Totale al lavoro (ITT) dell'Assicurato, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde allo stesso una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del mutuo, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa comprovato. L'Invalidità Temporanea Totale al lavoro deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

La suddetta garanzia opera sempre congiuntamente alla garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, di seguito descritta.

In relazione alla Categoria Professionale Lavoratore dipendente di Ente privato opera la seguente prestazione:

✓ Prestazione in caso di Perdita involontaria dell'impiego

In caso di Perdita Involontaria di Impiego dell'Assicurato, a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo o a licenziamento per messa in mobilità, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde allo stesso una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del mutuo, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa comprovato. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della notifica del licenziamento:

- esercitare una professione di lavoro dipendente, presso Aziende o Enti Italiani di diritto privato, con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato;
- aver perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo;
- essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione;
- ricevere i sussidi di disoccupazione previsti dalla legge.

L'Assicurazione per la disoccupazione o perdita involontaria dell'impiego è valida solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

Per tutte le Categorie Professionali è attivabile la garanzia:

✓ Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde un indennizzo forfettario a condizione che il ricovero ospedaliero presso un Istituto di Cura sia di durata non inferiore a 5 giorni e che detto intervento rientri tra quelli previsti dal contratto.

Questa garanzia è obbligatoria per le Categorie Professionali diverse da Lavoratore Dipendente Privato, mentre è facoltativa per gli Assicurati appartenenti a quest'ultima Categoria.

Con riferimento a tutte le garanzie sopra riportate la somma assicurata corrisponde all'indennità mensile indicata in polizza. Se l'Assicurato decide di assicurare un capitale inferiore a quello richiesto, anche l'indennità mensile verrà calcolata sulla base della percentuale di sotto-assicurazione.

La sottoscrizione del prodotto non è posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quanto riportato nel DIP Vita e nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

Rami Vita:

! ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

In relazione ai mutui di durata flessibile, BCC Vita non assicura il debito residuo eventualmente presente per effetto dell'estensione della durata iniziale del mutuo stesso in epoche successive alla data di scadenza della copertura assicurativa.

! Condizioni di Carenza:

- Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
- Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.
- Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:
 - di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
 - di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
 - di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A. – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.
- Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.
- Il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso derivante da morte da malattia è di 180 giorni.
- L'immediata efficacia della copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Compagnia. Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con il solo Questionario Sanitario - la garanzia del capitale assicurato viene sospesa durante il periodo di carenza e in caso di sinistro durante tale periodo, nessuna prestazione o restituzione dei premi pagati è dovuta da parte della Compagnia.

Rami Danni:

! ESCLUSIONI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

! Invalidità Permanente Totale da infortunio

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- guerre o insurrezioni;
- uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- infarti e/o ernie;
- rotture sottocutanee di tendini;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- subiti in stato di ubriachezza, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di sostanze stupefacenti;
- subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

! Invalidità Permanente Totale da malattia

L'assicurazione non è operante nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia causata da:

- nevrosi, malattie mentali e del sistema nervoso;
- abuso di alcolici o da uso non terapeutico di allucinogeni o stupefacenti;
- aborto volontario, ad eccezione di quello necessario per motivi terapeutici;
- trattamenti estetici, cure dietologiche e dimagranti;
- malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciute dolosamente dall'assicurato alla Compagnia;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni conosciute e preesistenti alla stipulazione del contratto e sottaciute dolosamente dall'assicurato alla Compagnia;
- malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124;
- trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guerre ed insurrezioni;
- contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico.

Con riferimento alla garanzia Danni Invalidità Permanente totale da malattia **sono previsti i seguenti periodi di carenza:**

▪ INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

In caso di Invalidità Totale e Permanente da Malattia, l'assicurazione vale a condizione che sia trascorso il periodo di carenza pari a 30 giorni.

SEZIONE “PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO”

! ESCLUSIONI

Rami danni:

! INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono dovute per le conseguenze di:

- malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e non rivelate dolosamente dall'Assicurato a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di sostanze stupefacenti;
- guida di veicoli e natanti a motore quando l'Assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di sostanze stupefacenti;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno Stato Estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- insurrezioni, atti di terrorismo;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e le franchigie relativi alla presente copertura:

Indennizzo	Rata assicurata
Periodo di Franchigia Assoluta	30 giorni
Limite di Indennizzo	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

! PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO/DISOCCUPAZIONE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego se:

- al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione o messa in Mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- la Disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";

- al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana, o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporta;
- al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e le franchigie relativi alla presente garanzia:

Indennizzo	Rata assicurata
Periodo di Franchigia Assoluta	30 giorni
Limite di Indennizzo	Sino a 15 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e non rivelate dolosamente dall'Assicurato a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di sostanze stupefacenti;
- malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- sindromi organiche cerebrali;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Si riportano nella seguente tabella l'indennizzo e le franchigie relativi alla presente garanzia:

Indennizzo	12 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in regime di solvenza; 6 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento
Periodo di Franchigia Relativa	5 giorni

Con riferimento alle garanzie Rami Danni sono previsti i seguenti periodi di carenza:

■ INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA MALATTIA

In caso di Inabilità Totale Temporanea da Malattia, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo a condizione che sia trascorso il periodo di carenza pari a 30 giorni.

▪ **PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO**

In caso di perdita involontaria dell'impiego, l'assicurazione vale se la data di invio della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità, o di comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24,00 del termine del periodo di carenza di 30 giorni.

▪ **RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO CONSEGUENTE A MALATTIA**

In caso di interventi conseguenti a malattie, l'assicurazione vale a condizione che sia trascorso il periodo di carenza pari a 30 giorni.

Non è prevista alcuna carenza per i casi di Invalidità Permanente Totale, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico conseguenti a Infortunio.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia di sinistro:

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

Ramo Vita:

Essendo previsto apposito modulo prestampato, contenente l'elenco dei documenti da consegnare per l'erogazione della prestazione, si rimanda all'Allegato 1 "Modulo di denuncia di decesso" delle Condizioni di Assicurazione.

L'Aderente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, o necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari.

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

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

Rami Danni:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

In caso di sinistro l'Assicurato o altra persona in sua vece fare denuncia scritta al **Servizio Sinistri** di Helvetia Italia Assicurazioni tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it;
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il Numero **+39 025351 1** per chiamate dall'estero; il sinistro deve essere denunciato entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici da trasmettersi a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. attestante la stabilizzazione dei postumi. L'Assicurato o gli aventi diritto, devono consentire alla visita di medici di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA MALATTIA**

L'Assicurato o altra persona in sua vece devono:

Cosa fare in caso di sinistro?

- denunciare la malattia entro **3 giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
- inviare a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. la certificazione medica sulla natura della malattia;
- inviare periodicamente a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. di procedere all'accertamento dei postumi. L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia. Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"

Rami danni:

Con riferimento ai sinistri relativi a tutte le garanzie incluse nella presente sezione, in caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono fare denuncia scritta al **Servizio Sinistri** di Helvetia Italia Assicurazioni tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it, oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il Numero **+39 025351 1** per chiamate dall'estero; il sinistro deve essere denunciato entro **60 (sessanta)** giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità. Con specifico riferimento a ciascuna delle garanzie incluse nella presente sezione, si precisa quanto segue:

• INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia del sinistro anche la seguente documentazione:

- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo;
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

• PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia del sinistro, anche la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione o di mobilità.

• RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia del sinistro, anche la seguente documentazione:

- copia del documento di identità;
- autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che dovranno produrre certificazione del Datore di Lavoro);
- certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.

	Prescrizione: Ramo vita: I diritti derivanti dalla copertura vita si prescrivono nel termine di dieci anni dalla data in cui possono essere fatti valere. Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Rami danni: i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
	Liquidazione della prestazione: Ramo vita: Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario o, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare. <u>Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.</u> La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. 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. Rami danni: per la garanzia Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni dell'Assicurato e dell'Aderente devono essere esatte, veritiere e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. In particolare, in questi casi le Compagnie si riservano: ▪ di contestare la validità della copertura, quando esiste dolo o colpa grave; ▪ di recedere dal contratto e, se è già avvenuto l'evento assicurato, di ridurre le somme da liquidare quando non esiste dolo o colpa grave. L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Qualora l'Aderente scelga di frazionare il premio in rate mensili, vengono applicati al premio annuo dei costi di frazionamento pari al 4%.
Rimborso	Estinzione anticipata totale e trasferimento del contratto di mutuo In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza successiva, in funzione del frazionamento del premio e le Compagnie rimborsano all'Aderente la parte di premio pagato e non goduto. L'Assicurato ha tuttavia la facoltà di proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, dandone comunicazione alle Compagnie al momento dell'estinzione o trasferimento del Mutuo.

	Estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo In caso di estinzione anticipata parziale, la copertura assicurativa viene mantenuta in essere e non si darà seguito ad alcun rimborso e conseguente rideterminazione delle prestazioni. L'Aderente può comunque decidere se mantenere il contratto alle condizioni originarie o recedere dalla data dell'estinzione parziale. L'Aderente può chiedere il rimborso del premio in caso di esercizio del diritto di recesso, secondo le modalità riportate alla successiva sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"
Sconti	Con riferimento alle garanzie Ramo Danni, prestata da BCC Vita S.p.A., non sono previsti sconti di premio. Con riferimento alle garanzie Rami Danni, prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A, non sono previsti sconti di premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La durata dell'assicurazione, cioè l'arco temporale che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide con: - la durata prevista dal piano di ammortamento iniziale del mutuo, eventualmente arrotondata per eccesso per poter essere espressa in anni interi, per mutui di nuova erogazione; - la durata residua del piano di ammortamento iniziale del mutuo, eventualmente arrotondata per eccesso per poter essere espressa in anni interi, per mutui già erogati. La durata massima della copertura assicurativa è pari a: - Garanzie (Rami Vita e Rami Danni) relative alla Sezione "Protezione del Debito Residuo": 30 anni; - Garanzie (Rami Danni) relative alla Sezione "Protezione della Rata del finanziamento": 10 anni. Qualora il mutuo abbia durata superiore a 10 anni, le suddette garanzie si rinnovano tacitamente di anno in anno fino alla durata massima stabilita per le garanzie a protezione del debito residuo.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere la polizza.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Nella fase che precede la conclusione del contratto - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative - l'Aderente ha la facoltà di revocare il contratto. Entro il termine sopraindicato l'Aderente che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alle Compagnie, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto. Entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, le Compagnie restituisce all'Aderente l'importo del premio annuo nel caso in cui lo stesso abbia già effettuato il versamento. L'esercizio del diritto di revoca libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno d'invio della richiesta di revoca.
Recesso	L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alle Compagnie tramite raccomandata A/R; In caso di recesso esercitato nei 60 giorni successivi a quello in cui il contratto è stato concluso, le Compagnie provvederanno a rimborsare all'Aderente il premio pagato, al netto dell'eventuale imposta. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e le Compagnie da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso. Per le sole garanzie Rami Danni, se il contratto supera i 5 anni, l'Aderente, trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.
Risoluzione	Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi successivi al primo, determina la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei premi scaduti e non versati. La copertura si risolve di diritto se le Compagnie non agiscono per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.
Richiesta di informazioni	Non possibile, in quanto il riscatto e la riduzione non sono previsti.



A chi è rivolto questo prodotto?

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- sia Cliente dell'Intermediario ed abbia stipulato un contratto di mutuo in qualità di intestatario o cointestatario;
- sia garante non cointestatario del contratto di mutuo;
- sia di età non inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 69 anni (assicurativi), fermo restando che l'età alla scadenza non può essere mai superiore a 80 anni (assicurativi).

Il prodotto è sottoscrivibile da coloro che intendono sostenere e tutelare economicamente: a) i propri Beneficiari dagli effetti negativi, in termini di perdita di reddito, derivanti da un evento imprevisto e destabilizzante come il decesso avvenuto nel corso della durata contrattuale; b) se stessi in caso di infortunio/malattia che provochi invalidità totale e permanente.

Inoltre il target di clientela è interessato all'attivazione di garanzie che coprono: a) il caso di inabilità totale temporanea da infortunio o malattia; b) la perdita di impiego e/o c) il ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, in funzione della propria categoria professionale.



Quali costi devo sostenere?

Per il Ramo Vita:

– Costi gravanti sul premio

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

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

Tipo costo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Costi gravanti sul premio annuo	45,00% al netto del caricamento sul capitale assicurato
Caricamento sul capitale assicurato	0,02%

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

– Costi per riscatto:

- Non è previsto il riscatto.

– Costi per l'erogazione della rendita:

- Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.

– Costi per l'esercizio delle opzioni

- Non sono presenti opzioni contrattuali.

Rami Danni

I costi gravanti sul premio annuo Danni sono pari al 50% dello stesso

Per tutti i Rami

– Costi di intermediazione

Si riporta di seguito l'indicazione della quota parte percepita in media dalla Banca calcolata sui costi applicati al premio.

Ramo	Quota parte del costo percepita in media dalla Banca
Vita	55,56%
Danni	70%

– Costi dei PPI:

Non sono previsti ulteriori costi.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Ramo vita: Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione 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. Ramo danni: Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri – devono essere presentati per iscritto presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami –Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794 – Email. reclami@helvetiaitalia.it; Eventuali reclami riguardanti il comportamento della banca distributrice - e dei dipendenti e collaboratori di quest'ultima - potranno essere inoltrati direttamente alla banca distributrice. La Società o la banca distributrice, ciascuna per la propria competenza, inviano la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
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 (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	• Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e la Compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. • 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. Tramite il sito delle Compagnie (www.helvetiaitalia.it e www.bccvita.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Ramo Vita: I premi relativi alle assicurazioni sulla vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa). Rami Danni: I premi relativi alle seguenti prestazioni assicurative Rami Danni (Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia, Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Perdita Impiego, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico), al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile. Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. ***
---	--

Detraibilità fiscale dei premi

Sul premio annuo corrisposto per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio" e sull'assicurazione in caso di invalidità permanente totale viene annualmente riconosciuta una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

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

L'IMPRESA HA L'OBLIGO 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 RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN
BIANCO

BCC Vita S.p.A.
Gruppo Cattolica Assicurazioni

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

Polizza di assicurazione a protezione del credito

Protezione Mutuo a Premio Annuo

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_APMR011_2021/07
Edizione 07/2021

Sommario

GLOSSARIO	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	5
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	5
ART. 1.2 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ	5
ART. 1.3 – PRESTAZIONI ASSICURATE	5
ART. 1.4 - MASSIMALI ASSICURABILI	6
Art. 1.5 - MODALITÀ ASSUNTIVE	6
ART. 1.6 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	6
ART. 1.7 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE	7
ART. 1.8 - PAGAMENTO DEL PREMIO	7
ART. 1.9 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO	7
ART. 1.10 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL MUTUO.	8
ART. 1.11 - DIRITTO DI RECESSO	8
ART. 1.12 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	8
ART. 1.13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI	8
ART. 1.14 - IMPOSTE E TASSE	9
ART. 1.15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	9
ART. 1.16 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	9
ART. 1.17 - CESSIONE DEI DIRITTI	9
ART. 1.18 - PRESCRIZIONE	9
Sezione “Protezione del Debito Residuo del Mutuo”	10
ART. 2.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE	10
ART. 2.2 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE	10
ART. 2.3 - BENEFICIARI	11
ART. 2.4 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE	11
ART. 2.5 - RISCATTO	12
ART. 2.6 - PRESTITI	12
ART. 2.7 - DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI	12
Sezione “Protezione del Debito Residuo del Mutuo”	14
ASSICURAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE	14
ART. 3.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA	14
ART. 3.2 - GARANZIE PRESTATE	14
ART. 3.3 - RISCHI SPORTIVI	14
ART. 3.4 - RISCHIO VOLO	14
ART. 3.5 - RISCHIO GUERRA	14
ART. 3.6 - BENEFICIARI	14
ART. 3.7 - ESCLUSIONI	14
ART. 3.8 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	15
ART. 3.9 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	15
ART. 3.10 - ESCLUSIONI	15
ART. 3.11- CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	16
Art. 3.12 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE	16
ART. 3.13 - NON CUMULABILITÀ	16
ART. 3.14 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI	16

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	17
ART. 3.15 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	17
ART. 3.16 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	17
ART. 3.17 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO	17
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	18
ART. 3.18 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI	18
ART. 3.19 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	18
ART. 3.20 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALLA MALATTIA.....	19
NORME COMUNI CHE REGOLANO LA SEZIONE - "PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO"	20
Art. 4.1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	20
Art. 4.2 - MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE	20
Art. 4.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI	20
Art. 4.4 - BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	21
Art. 4.5 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE	21
Art. 4.6 - VALIDITA' TERRITORIALE	21
SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA 1 - ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	22
Art. 4.7 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	22
Art. 4.8 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	22
Art. 4.9 - LIMITI DI INDENNIZZO	22
Art. 4.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.....	22
Art. 4.11 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.....	23
Art. 4.12 - SINISTRI SUCCESSIVI	23
SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO	23
Art. 4.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE	23
Art. 4.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO	23
Art. 4.15 – LIMITI DI INDENNIZZO	23
Art. 4.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO.....	23
Art. 4.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.....	24
ART. 4.18 - SINISTRI SUCCESSIVI.....	24
SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	24
Art. 4.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	24
Art. 4.20 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	24
Art. 4.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	24
Art. 4.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.....	25
Art. 4.23 - DENUNCE SUCCESSIVE	25
TABELLA SINTETICA GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA"	26
Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124)	27
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	29

GLOSSARIO

(Il presente Glossario è aggiornato alla data del 01/07/2021)

Nella presente Polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

Adeguate verifica della clientela: l'adeguata verifica della clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Tale attività prevede i seguenti adempimenti:

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:

- ❖ cliente (aderente) ed eventuale esecutore,
- ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),
- ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;

b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;

c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;

d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

Aderente: persone fisica o giuridica che con la sottoscrizione del Modulo di Adesione assume in proprio gli obblighi nascenti dall'Assicurazione.

Ammortamento di tipo francese a tasso fisso: è l'ammortamento di tipo francese del mutuo erogato, in cui si assume che, determinata la successione delle quote capitale all'epoca di erogazione del mutuo, anche l'ammontare delle rate di ammortamento del debito stesso rimanga costante nel tempo.

Anno (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Assicurato: il soggetto, che può coincidere o meno con l'aderente, per conto della quale è stipulata l'Assicurazione ed è stato pagato il Premio, che presenta i requisiti di assicurabilità di cui al paragrafo "Requisiti di Assicurabilità", e che abbia fornito il proprio assenso sottoscrivendo il Modulo di Adesione

Assicurazione: una copertura assicurativa, di cui alle sezioni della Polizza Collettiva, concessa all'Assicurato dalla Compagnia ed in virtù della quale la Compagnia si obbliga, al verificarsi di un Sinistro, e sempre che risultino regolarmente pagate le rate di premio, al pagamento dell'Indennizzo.

Attività Extraprofessionali: ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi ed alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo.

Attività Professionali: l'attività lavorativa svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione.

Banca: Banca di Credito Cooperativo di Roma S.p.A.; è il soggetto che distribuisce il prodotto assicurativo e che riveste la figura di intermediario assicurativo iscritto alla Sezione D, numero di iscrizione D000027070, del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi.

Beneficiario: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

Per la garanzia caso Morte: i Beneficiari designati.

Per le altre garanzie: l'Assicurato.

Capitale Iniziale Assicurato: la somma, pari all'Importo erogato (per i finanziamenti di nuova accensione) o al Debito Residuo (per i finanziamenti in corso) al momento della sottoscrizione dell'assicurazione, sulla base della quale viene determinato il premio e la misura dell'indennizzo.

Compagnia: a seconda delle garanzie assicurative prestate:

- BCC Vita S.p.A. per la garanzia in caso di Decesso;
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. per le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita Involontaria dell'Impiego e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.

Condizioni di assicurazione: termini e condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del contraente.

Contraente: la BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA S.p.A., che stipula la Polizza Collettiva con le Compagnie per conto degli Assicurati.

Contratto: il contratto di mutuo.

Contratto assicurativo: è il documento emesso dalla Compagnia concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti. In questo caso, la Polizza di Assicurazione inviata dalla Compagnia all'Aderente.

Costi: oneri economici posti a carico dell'Assicurato.

Data di Decorrenza dell'Assicurazione: le ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, sempre che il Contratto sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del mutuo, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del mutuo.

Disoccupazione: lo status dell'Assicurato qualora egli, in quanto Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, si trovi a:

- a) aver cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno; e
- b) esser iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali;
- c) non rifiutare irragionevolmente eventuali offerte di lavoro

Documento unico di rendicontazione annuale (DUR): Documento con il quale BCC Vita S.p.A. fornisce all'Aderente il riepilogo annuale:

- 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.

Ebbrezza Alcoolica: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro.

Ente Privato: Ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: Ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Età assicurativa: Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

FATCA: Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dall'Aderente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì 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*).

Finanziamento/Mutuo (contratto di): il contratto di mutuo con il quale l'Ente erogante concede in prestito una somma predeterminata che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato ed al quale si riferiscono le garanzie oggetto della presente Assicurazione.

Grandi Interventi Chirurgici: Interventi chirurgici e patologie elencati nella tabella allegata alla specifica Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

Inabilità Temporanea Totale: la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo in linea capitale del Contratto.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze nocive;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla attività svolta, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura pari o superiore al 60% della capacità totale.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).

Liquidazione: pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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

Malattia mentale: stato di sofferenza psichica, prolungato nel tempo, che incide sul vivere quotidiano dell'individuo, causando problematicità sul piano affettivo, socio-relazionale e lavorativo. Rientrano nella definizione di malattie mentali sia le nevrosi sia le psicosi. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, sono considerate malattie mentali la schizofrenia, la depressione, il disturbo da attacchi di panico, l'anoressia, le bulimie, il disturbo ossessivo-compulsivo.

Malattia Progressiva: alterazione dello stato di salute – come sopra specificato – per la quale sono stati effettuati, prima della stipulazione della polizza, accertamenti medici o eseguite terapie.

Modulo di Adesione: la dichiarazione sottoscritta dall'Aderente contestualmente al Contratto di mutuo stipulato con il Contraente, mediante la quale l'Aderente aderisce alla Polizza Collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Morte (o Decesso): il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitudine e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Perdita di Occupazione: la risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo indeterminato in corso tra l'Assicurato ed il relativo Datore di Lavoro derivante da recesso di quest'ultimo.

Periodo di Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto.

Periodo di Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, oppure per Perdita Involontaria d'Impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Franchigia Relativa: periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, indennizzabile ai termini di Polizza, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

Periodo di Riqualficazione: periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi di Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita Involontaria d'Impiego o Inabilità Temporanea Totale.

Piano di ammortamento: Modello finanziario che riporta, per ogni periodo di rimborso, l'importo della rata dovuta, distinta tra quota capitale e quota interesse, il debito estinto ed il debito residuo.

Per i mutui di nuova accensione il piano di ammortamento corrisponde al prospetto allegato al Contratto (piano di ammortamento originale o iniziale) Per i mutui in corso il piano di ammortamento corrisponde alla parte residuale del piano di ammortamento originale, riferita alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Polizza collettiva: le polizze collettive stipulate con le Compagnie dal Contraente per conto degli Aderenti /Assicurati.

Premio: la somma in denaro, comprensiva di imposte, dovuta dall'Aderente alle Compagnie in base alla Polizza ed in relazione ad ogni singolo Contratto assicurato.

Premio unico: importo che l'Aderente corrisponde in soluzione unica alle Compagnie.

Psicofarmaci, abuso di: assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difforni da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

Pubblica Amministrazione: ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta dell'Assicurato, che comporti il pernottamento, in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia.

Sindrome organica cerebrale: termine con il quale vengono indicate le patologie organiche che causano una riduzione della funzione mentale. A titolo esemplificativo ma non esaustivo rientrano in questa categoria: encefalopatia post-traumatica, emorragia intracerebrale e/o subaracnoidea, ematoma subdurale cronico, commozione cerebrale, problemi di respirazione come ipossia o ipercapnia, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer.

Sinistro: l'evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Sport Pericolosi: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., sci d'alpinismo, arrampicata libera (free climbing), paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, equitazione durante gare e relative prove, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, skeleton, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, canoa fluviale oltre il 3°grado, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, hydrospeed, kitesurf, down-hill.

Ubriachezza: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 01/07/2021

Per effetto di quanto disposto dal 2° comma dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs 7/9/2005 n.209), al fine di dar loro risalto sono evidenziate con carattere di particolare rilievo quelle Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico di Aderente e/o Assicurato

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni rese dall'Aderente e dall'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi le Compagnie si riservano:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto l'evento assicurato, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'art. 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.

ART. 1.2 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) sia Cliente dell'Intermediario ed abbia stipulato un contratto di mutuo in qualità di intestatario o cointestatario;
- b) sia garante non cointestatario del contratto di mutuo;
- c) abbia aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione;
- d) abbia compilato e sottoscritto l'apposito Questionario Tecnico Assuntivo la cui compilazione è contestuale all'emissione del Modulo di Adesione ovvero, abbia presentato il Rapporto di Visita Medica ove previsto e si sia sottoposto agli eventuali accertamenti sanitari necessari richiesti dalle Compagnie;
- e) sia di età non inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 69 anni (assicurativi), fermo restando che l'età alla scadenza non può essere mai superiore a 80 anni (assicurativi).

Nel caso in cui il Contratto di Mutuo sia sottoscritto congiuntamente da più persone, è data la possibilità di scegliere fra le seguenti alternative:

- Assicurare per l'intero importo del capitale assicurato uno o più cointestatari, sempre che per ognuno siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti, ciascuno dei quali sottoscriverà un Modulo di Adesione, secondo quanto previsto all'art. 1.4 (Massimali Assicurabili) delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- Assicurare per un importo ridotto, comunque non inferiore al 50% del capitale assicurato, uno o più cointestatari, sempre che per ognuno siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti, ciascuno dei quali sottoscriverà un Modulo di Adesione.

È data inoltre la possibilità di assicurare, in aggiunta all'intestatario del mutuo, il Garante, sempre che per quest'ultimo siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti. Dovrà essere sottoscritto un Modulo di Adesione sia per l'intestatario sia per il garante; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo assicurato (capitale o rata a seconda della garanzia assicurativa).

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

ART. 1.3 - PRESTAZIONI ASSICURATE

L'assicurazione opera per le coperture di cui alla **Sezione 1 "Protezione del Debito Residuo del Mutuo"** e alla **Sezione 2 - "Protezione della Rata del Mutuo"**.

Pertanto le Compagnie si obbligano, nei limiti ed alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato, in base alla Copertura, qualora si verifichi un Sinistro. Ai fini delle Coperture, il Sinistro può consistere:

- a) nella **Morte**;
 - b) nella **Invalità Permanente Totale** causata da Infortunio o Malattia
- e, in base alla categoria professionale dichiarata dall'Assicurato e richiamata nel Modulo di Polizza
- c) nell'**Inabilità Temporanea Totale (ITT)** causata da Infortunio o Malattia (vedi tabella sottostante);
 - d) nella **Perdita Involontaria dell'Impiego (PII)**; (vedi tabella sottostante);
 - e) nel **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (GIC)** (vedi tabella sottostante).

Conseguentemente, le coperture di cui ai punti c), d) ed e) sono disponibili per le categorie professionali come di seguito indicate:

Categoria Professionale:	Garanzie (*)		
	ITT	PII	GIC
Lavoratore Autonomo	X	Non valida	X
Lavoratore Dipendente Privato	Non valida	X	X (acquistabile facoltativamente)
Lavoratore Dipendente Pubblico	Non valida	Non valida	X
Non Lavoratore	Non valida	Non valida	X

(*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego (o Disoccupazione);
- GIC: Ricovero ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Si precisa che ai fini della determinazione delle prestazioni assicurate, le Compagnie faranno riferimento in ogni momento al Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, inteso come il piano di ammortamento in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione.

La garanzia in caso di **Decesso** è sottoscritta e prestata da BCC Vita S.p.A.

Le garanzie **Invalidità Totale Permanente** da Infortunio o Malattia, **Inabilità Temporanea Totale** da Infortunio o Malattia, **Perdita Involontaria d'Impiego** e **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** sono sottoscritte e prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

ART. 1.4 - MASSIMALI ASSICURABILI

- Capitale assicurato

Il capitale massimo inizialmente assicurato non potrà superare euro 500.000,00 (cinquecentomila/00).

È data facoltà all'Assicurato di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con un limite di sotto-assicurazione pari al 50% dell'importo erogato, con un minimo di euro 25.000,00.

L'importo massimo assicurabile per le garanzie a protezione della rata del mutuo è pari a Euro 3.000,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico. Il numero massimo di indennizzi liquidabili è indicato rispettivamente in ciascuna Sezione.

- Prestazioni in caso di sotto-assicurazione

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, la prestazione liquidata in caso di sinistro sarà:

- **per il caso morte e invalidità permanente totale**
pari al debito residuo del mutuo alla data del decesso moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato.
- **per tutte le altre garanzie**
pari alla rata mensile, comprensiva di capitali ed interessi, dovuta dall'Aderente al Contraente secondo l'importo indicato nel Modulo di Polizza. Detto importo è calcolato in base alla Somma Assicurata esposta nel Modulo di Polizza e quindi tiene conto dell'eventuale sotto-assicurazione.

Art. 1.5 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Per ogni soggetto assicurato la conclusione della polizza è subordinata alla preventiva compilazione e sottoscrizione del Questionario Tecnico Assuntivo (ed alla presentazione del Rapporto di Visita Medica ove previsto) contenente informazioni atte a stabilire lo stato di salute dell'Assicurato e a individuare la categoria professionale alla quale collegare le garanzie specifiche della sezione 2.

BCC Vita e Helvetia Italia Assicurazioni si riservano di approfondire eventuali risposte del questionario con ulteriori accertamenti sanitari e analisi cliniche.

BCC Vita e Helvetia Italia Assicurazioni garantiscono la copertura assicurativa solo a seguito della valutazione positiva del Questionario Sanitario. A seguito di una valutazione negativa la richiesta di copertura sarà respinta.

ART. 1.6 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione si considera concluso alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, sempreché contestualmente sia stato corrisposto il primo premio, altrimenti il contratto si concluderà alle ore 24.00 della data di pagamento del primo premio.

La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di conclusione del contratto di assicurazione, fermi restando i periodi di carenza di cui all'art. 2.2 per il caso Morte, all'art. 3.9 per il caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia, all'art. 4.7 per il caso di Inabilità Temporanea Totale, all'art. 4.13 per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego e all'art. 4.19 per il caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

ART. 1.7 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide:

- **per i mutui di nuova concessione**, con la durata originaria del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni interi;
- **per i mutui in corso**, con la durata residua del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni interi.

Eventuali estensioni della durata del mutuo in corso di contratto non modificheranno la durata dell'assicurazione che resterà in vigore fino alla scadenza contrattuale e le prestazioni assicurate continueranno ad essere operanti secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, come previsto all'art. 1.3.

La durata minima del contratto di assicurazione è pari a 1 anno.

La durata massima è fissata in:

1. 30 anni per le garanzie della copertura **“Protezione del Debito Residuo del Mutuo”**;
2. 10 anni per le garanzie della copertura **“Protezione della Rata del Mutuo”**.

Le sole garanzie danni di cui al punto 2), prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., qualora il mutuo abbia durata superiore a 10 anni, allo scadere della durata massima prevista e fatto salvo quanto indicato all'art.1.2 – Requisiti di assicurabilità, si rinnovano tacitamente di anno in anno, senza necessità di preavviso e comunque non oltre la durata massima stabilita per le garanzie a protezione del debito residuo.

L'importo relativo al premio di rinnovo annuale sarà uguale a quello corrisposto nei primi dieci anni.

È in facoltà delle Parti, tuttavia, interrompere il rinnovo annuale mediante disdetta da inoltrarsi a mezzo lettera raccomandata all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza anniversaria.

L'assicurazione cessa prima della scadenza contrattuale nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato o l'Invalidità Totale Permanente.

ART. 1.8 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui costanti per tutta la durata dell'assicurazione e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

L'entità del premio dipende:

- dal Capitale Assicurato Iniziale;
- dalla durata dell'assicurazione e dall'età dell'Assicurato, relativamente alla sola parte di premio afferente la garanzia in caso di decesso.

In alternativa al pagamento dei premi con periodicità annuale, l'Aderente può scegliere al momento dell'adesione una frequenza di pagamento mensile, senza poterla modificare nel corso della durata contrattuale. In tal caso, la rata di premio afferente la garanzia in caso di decesso viene gravata da interessi di frazionamento.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite.

Il pagamento dei premi (Vita e Danni) avviene, su autorizzazione dell'Aderente, tramite unico addebito sul conto corrente dell'Aderente stesso intrattenuto presso la Banca distributrice del prodotto in riferimento sia alla quota parte di premio relativo alla garanzia in caso di decesso sia alla quota parte del premio relativo alle restanti garanzie. Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi del contratto l'assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quella sopra indicata.

Per le sole garanzie danni, prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile la copertura, di durata poliennale, è proposta in alternativa ad analoga copertura di durata annuale, a fronte di una riduzione di premio – nella misura indicata in polizza – rispetto a quello previsto per la stessa copertura di durata annuale.

ART. 1.9 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi successivi al primo, determina la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza.

L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La copertura si risolve di diritto se le Compagnie non agiscono per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

ART. 1.10 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL MUTUO.

In caso di estinzione totale anticipata o di trasferimento del mutuo, **Helvetia Italia Assicurazioni**, per le garanzie prestate (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita Involontaria dell'Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico), al netto delle imposte, restituirà la parte di premio pagato corrispondente al periodo di garanzia non goduto, secondo il seguente algoritmo:

$$R = P / N \times T$$

dove:

R = rimborso

P = Premio Imponibile della rata in scadenza (comprensivo di costi e provvigioni)

N = durata espressa in giorni della rata di premio

T = numero di giorni intercorrenti tra la data di estinzione del mutuo e la data di scadenza della rata

L'importo sopra determinato sarà accreditato sul conto corrente debitamente indicato dall'Aderente in occasione della comunicazione di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo.

In caso di estinzione parziale, **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** non darà corso ad alcun rimborso e conseguente rideterminazione delle prestazioni.

L'Aderente può comunque decidere se mantenere il contratto assicurativo alle condizioni originariamente pattuite o recedere dal contratto dalla data dell'estinzione parziale. In quest'ultimo caso, **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** rimborsa all'Aderente la parte di premio pagata e non goduta relativa al periodo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e il termine del periodo di copertura in corso, al netto delle imposte governative.

In alternativa, l'Aderente può chiedere l'annullamento della polizza e l'emissione di un nuovo contratto avente coperture assicurative riproporzionate in base al nuovo debito residuo.

Con riferimento ai casi di rinegoziazione l'Assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento stesso e le prestazioni assicurate continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

Per la garanzia prestata da **BCC Vita (Decesso)**, in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza successiva, in funzione del frazionamento del premio.

L'Assicurato ha tuttavia la facoltà di proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, dandone comunicazione alle Compagnie al momento dell'estinzione o trasferimento del Mutuo e designando l'eventuale nuovo beneficiario. In tal caso le Compagnie emettono la documentazione necessaria secondo le indicazioni ricevute dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata parziale, la copertura assicurativa viene mantenuta in essere e non si darà seguito ad alcun rimborso e conseguente rideterminazione delle prestazioni.

L'Assicurato ha la facoltà di interrompere il pagamento dei premi successivi al primo. In caso di mancato pagamento del premio, ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, il contratto è risolto di diritto trascorsi venti giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata. A fronte della risoluzione del contratto, sarà possibile assicurare la durata residua del mutuo, richiedendo l'emissione di un nuovo contratto, avente le medesime coperture assicurative, riproporzionate in base al nuovo debito residuo.

ART. 1.11 - DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alle Compagnie tramite raccomandata A/R. In tal caso, le Compagnie rimborseranno all'Aderente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. Le Compagnie sono tenute al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Per le sole garanzie danni, prestate da **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente/Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

ART. 1.12 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 1.13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato e/o dell'Aderente alle Compagnie, con riferimento alla presente assicurazione, dovranno essere fatte per mezzo di raccomandata A/R, telegramma o telefax.

Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie all'Assicurato e/o all'Aderente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto.

ART. 1.14 - IMPOSTE E TASSE

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente, o dei Beneficiari, o degli aventi diritto.

ART. 1.15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.16 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Compagnie rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile nei confronti del responsabile dell'infortunio.

ART. 1.17 - CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla presente assicurazione.

ART. 1.18 - PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalla copertura Vita si prescrivono nel termine di dieci anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2952 del Codice Civile, secondo comma. Relativamente alla garanzia in caso decesso qualora gli aventi diritto omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche e integrazioni.

I diritti derivanti dalla copertura Danni si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2952 del Codice Civile.

Sezione “Protezione del Debito Residuo del Mutuo”

ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE

(garanzia operante per tutti gli Assicurati)

ART. 2.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE

Nel caso di **Morte** dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo art. 2.2, qualora:

- il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'epoca del sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo art. 2.2. Tale prestazione viene corrisposta solo a condizione che l'ammortamento del mutuo sia di tipo francese a tasso fisso o variabile e per mutui di durata fissa o flessibile. In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso, secondo quanto indicato all'art. 1.10, la copertura resterà in vigore – fino alla conclusione dell'annualità di premio pagata (o mensilità in caso di frazionamento mensile) - per un capitale assicurato pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento iniziale del mutuo senza quindi tener conto dell'anticipata estinzione. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.
- il sinistro per morte da malattia avvenga dopo il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso che è pari a 180 giorni;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 2.4;
- gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 2.7.

ART. 2.2 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE

Il capitale assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal piano di ammortamento del mutuo. Il capitale assicurato è quindi pari alla somma delle future quote capitale, derivanti da un piano di ammortamento di tipo francese a rate costanti o variabili per effetto della variazione periodica del tasso di interesse.

Più precisamente, tale capitale assicurato è pari, nel caso in cui il debito non sia stato estinto anticipatamente, al debito residuo in conto capitale rilevabile, all'epoca di valutazione, dal piano di ammortamento iniziale comunicato dall'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate dall'Istituto di Credito alla Compagnia in fase di richiesta di liquidazione.

Nel computo del debito residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito, di competenza di un'epoca antecedente all'epoca del sinistro dell'Assicurato, che risultino insolite alla data del calcolo.

Dalla Compagnia non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.

In relazione ai mutui di durata flessibile, BCC Vita non assicura il debito residuo eventualmente presente per effetto dell'estensione della durata iniziale del mutuo stesso in epoche successive alla data di scadenza della copertura assicurativa.

In caso di cointestazione del contratto di mutuo:

- il Capitale iniziale assicurato per testa è pari all'importo del mutuo erogato ripartito pro-quota tra i cointestatari;
- la somma dei Capitali iniziali assicurati per ciascun cointestatario non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un singolo Modulo di Adesione.

Per mutuo erogato si intende:

- il capitale assicurato iniziale richiesto maggiorato del costo della copertura assicurativa per i nuovi mutui;
- il debito residuo alla data di adesione alla polizza, risultante dal piano di ammortamento, per i mutui in corso.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso si applica quanto previsto all'art. 1.10.

La prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta ai Beneficiari.

Il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso derivante da morte da malattia è di 180 giorni.

L'immediata efficacia della copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Compagnia.

Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con il solo Questionario Sanitario - la garanzia del capitale assicurato viene sospesa durante il periodo di carenza e in caso di sinistro durante tale periodo, nessuna prestazione o restituzione dei premi pagati è dovuta da parte della Compagnia.

Tale limitazione non si applica e la Compagnia garantisce l'intera somma assicurata, esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga per conseguenza diretta di un infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

L'Indennizzo per il caso di Morte consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale al momento del Sinistro, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto, diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e dei relativi interessi di mora e spese accessorie.

In caso di Morte dell'Assicurato successiva all'estinzione anticipata del mutuo la Compagnia liquiderà ai Beneficiari dell'Aderente - in copertura fino allo scadere dell'annualità di premio pagata (o mensilità, in caso di frazionamento mensile) - una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo in linea capitale del mutuo al momento del Sinistro, secondo l'originario piano di rimborso del mutuo stesso.

ART. 2.3 - BENEFICIARI

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti di BCC Vita. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 2.4 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

La copertura assicurativa relativa al rischio Decesso non è operante nei seguenti casi:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/ membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

2.4.1 Condizioni di Carenza

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

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

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia,

- vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto a) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

ART. 2.5 - RISCATTO

L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.

ART. 2.6 - PRESTITI

In relazione al presente contratto non sono concedibili prestiti.

ART. 2.7 - DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

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

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

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

- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente;
- una dichiarazione dell'Aderente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolte o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

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

L'Aderente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari.

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

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

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

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Sezione “Protezione del Debito Residuo del Mutuo” ASSICURAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

1- INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

(Garanzia attiva per tutti gli assicurati)

ART. 3.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA

In caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato per infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponde un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dello infortunio secondo l'originario piano di ammortamento del mutuo, rapportato alla “percentuale da assicurare” indicata nel Modulo di polizza e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio denunciato e in rapporto causale.

ART. 3.2 - GARANZIE PRESTATE

Helvetia Italia Assicurazioni tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale. Sono compresi in garanzia anche:

- a) gli infortuni subiti in stato di maleore o incoscienza
- b) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- c) gli infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Sono considerati infortuni:

- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o congelamento;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- la folgorazione;
- gli infortuni causati da frane e smottamenti del terreno;
- le lesioni determinate da sforzi.

ART. 3.3 - RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- a) corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili),
- b) sport pericolosi;
- c) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

ART. 3.4 - RISCHIO VOLO

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari.

ART. 3.5 - RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

ART. 3.6 - BENEFICIARI

Per la Garanzia Invalidità Permanente, beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato stesso.

ART. 3.7 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- c) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e) conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);

- f) guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto all'art. 3.5;
- g) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- h) infarti e/o ernie;
- i) rotture sottocutanee di tendini;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- l) subiti in stato di ubriachezza, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- m) subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- n) derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

ART. 3.8 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Helvetia Italia Assicurazioni corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente, il grado di quest'ultima verrà valutato facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Allegato A relativo alle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra specificate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella tabella di cui all'allegato A, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dello Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

(Garanzia attiva per tutti gli assicurati)

ART. 3.9 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, conseguente a malattia e a condizione che:

- a) si sia manifestata successivamente alla data di effetto del contratto;
- b) sia trascorso il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni

e comunque non oltre la data di cessazione del Contratto.

L'indennizzo corrisposto da Helvetia Italia Assicurazioni sarà pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento secondo l'originario piano di ammortamento del mutuo, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel modulo di polizza e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

ART. 3.10 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia causata da:

- a) nevrosi, malattie mentali e del sistema nervoso;
- b) abuso di alcolici, di psicofarmaci, o da uso non terapeutico di allucinogeni o stupefacenti;
- c) aborto volontario, ad eccezione di quello necessario per motivi terapeutici;
- d) trattamenti estetici, cure dietologiche e dimagranti;
- e) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse) e sottaciute dolosamente dall'assicurato a Helvetia Italia Assicurazioni;
- f) eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni conosciute e preesistenti alla stipulazione del contratto e sottaciute dolosamente dall'assicurato a Helvetia Italia Assicurazioni;

- g) malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124;
- h) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) guerre e insurrezioni;
- j) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico.

ART. 3.11- CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Helvetia Italia Assicurazioni corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

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

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla precedente condizione menomativa.

Si intendono per:

- Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinino alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
- Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel Testo Unico disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30, giugno 1965 n. 1124.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal suddetto Testo Unico la percentuale di invalidità è accertata tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

NORME COMUNI ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI E ALL'ASSICURAZIONE MALATTIA

Art. 3.12 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per Morte da infortunio o Invalidità Permanente da infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 3.13 - NON CUMULABILITÀ

Gli indennizzi per Morte, per Invalidità Permanente da infortunio e Invalidità Permanente da malattia non potranno in alcun caso cumularsi tra di loro.

ART. 3.14 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Helvetia Italia Assicurazioni procederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento con moneta legalmente in corso al momento del sinistro.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponde agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. 3.15 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro l'Aderente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta alla Compagnia tramite raccomandata A.R. all'indirizzo:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

Servizio Sinistri

oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:



oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati.

Il Sinistro deve essere denunciato entro 3 (tre) giorni dalla data di accadimento del Sinistro o da quando l'Aderente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

Inoltre, l'Aderente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- a. fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- b. corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- c. documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata;
- d. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- e. fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'Assicurato o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

ART. 3.16 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 3.8 "Criteri di indennizzabilità per invalidità permanente da infortunio" e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Compagnia s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

ART. 3.17 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto

oppure, se non vi è stata ancora l'offerta:

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 3.15 "Denuncia del sinistro e obblighi relativi", fornendo, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Compagnia:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 3.18 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato o altra persona in sua vece devono:

- denunciare la malattia entro 3 (tre) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
- inviare alla Compagnia la certificazione medica sulla natura della malattia;
- inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 3.19 "Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente da malattia".

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

ART. 3.19 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste all'art. 3.11 "Criteri generali di indennizzabilità per invalidità permanente da malattia" nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

Trascorsi i 6 (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18 (diciottesimo) mese, la Compagnia s'impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei 6 (sei) mesi, la Compagnia non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.

Decorso i 18 (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Compagnia effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 (diciotto) mesi.

ART. 3.20 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALLA MALATTIA

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e dopo che la Compagnia abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Compagnia liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 3.18 "Denuncia del sinistro e obblighi relativi".

Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'Assicurato a seguito di sinistro stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Compagnia:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

NORME COMUNI CHE REGOLANO LA SEZIONE - “PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO”

Art. 4.1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie della presente Sezione consistono nel pagamento dell'indennità prevista dalla garanzia attivata in funzione della Categoria Professionale dell'Assicurato indicata nel Modulo di Polizza, a condizione che siano decorsi i periodi di carenza e di franchigia stabiliti e fermi restando i limiti massimi di indennizzo indicati alle singole garanzie.

Le Categorie Professionali e le relative garanzie attivabili sono:

Categoria Professionale:	Garanzie (*)		
	ITT	PII	GIC
Lavoratore Autonomo	X	Non valida	X
Lavoratore Dipendente Privato	Non valida	X	X (acquistabile facoltativamente)
Lavoratore Dipendente Pubblico	Non valida	Non valida	X
Non Lavoratore	Non valida	Non valida	X

(*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego (o Disoccupazione);
- GIC: Ricovero ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Art. 4.2 - MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE

In caso di modifica della Categoria Professionale nel corso dell'assicurazione, l'Aderente o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione a Helvetia Italia Assicurazioni. Qualora la nuova Categoria Professionale comporti una diversa garanzia – secondo la tabella di cui all'art. 4.1 – Helvetia Italia Assicurazioni adeguerà il contratto in base al nuovo status lavorativo.

Qualora l'Aderente o l'Assicurato non accettino le nuove condizioni, il contratto s'intenderà risolto dalla data di comunicazione del nuovo status lavorativo e Helvetia Italia Assicurazioni rimborserà la parte di premio non usufruita con le modalità previste dall'art. 1.10.

La mancata comunicazione di modifica della Categoria Professionale comporta l'impossibilità di adeguamento del contratto e la conseguente inefficacia della copertura assicurativa.

Art. 4.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro, l'Aderente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto a Helvetia Italia Assicurazioni, con lettera raccomandata A/R. all'indirizzo:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

Servizio Sinistri

oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto assicurativo, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:



oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati unitamente alla documentazione di cui all'art. 4.11 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'art. 4.17 per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego e all'art. 4.22 per il caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Per i casi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e di Disoccupazione, una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo relativo alle rate comprese nella denuncia iniziale, se il sinistro dovesse protrarsi, l'Aderente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare a Helvetia Italia Assicurazioni il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso le filiali della Banca distributrice il prodotto, a mezzo raccomandata A/R entro 60 giorni dalla scadenza della rata di mutuo successiva a quelle già liquidate e così successivamente fino al termine del sinistro.

Helvetia Italia Assicurazioni potrà, in ogni momento, richiedere all'Aderente e/o all'Assicurato o ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

Art. 4.4 - BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Per tutte le garanzie della presente sezione, beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato.

Helvetia Italia Assicurazioni esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del sinistro.

Art. 4.5 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 4.6 - VALIDITA' TERRITORIALE

Le garanzie "Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia" e "Indennizzo Forfettario per Grandi Interventi Chirurgici" hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA

1 - ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi)

Art. 4.7 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponderà l'Indennizzo di cui all'art. 4.8 a condizione che:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 4.10;
- d) l'Assicurato e/o i suoi aventi causa e/o l'Aderente abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 4.3.

Art. 4.8 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in polizza, per ciascuna rata del mutuo che venga a scadere nel periodo di inabilità lavorativa comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di completa astensione dal lavoro.

Art. 4.9 - LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per sinistro e 60 (sessanta) per tutta la durata delle garanzie.

Art. 4.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'Assicurato a Helvetia Italia Assicurazioni;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- e) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o psicofarmaci e/o sostanze stupefacenti;
- f) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno stato estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- h) insurrezioni, atti di terrorismo;
- i) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali;
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- p) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- q) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 4.11 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato/Aderente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 4.3 la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo;
- c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

Art. 4.12 - SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

(garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

Art. 4.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di Perdita Involontaria dell'Impiego, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponderà l'Indennizzo di cui all'art. 4.14 a condizione che:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione;
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla Data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 4.16;
- d) l'Assicurato/Aderente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 4.3.

Art. 4.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

L'Indennizzo per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in polizza, per ciascuna rata del mutuo che venga a scadere nel periodo di disoccupazione comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di disoccupazione, risultante dalla lettera di licenziamento di cui al punto b) dell'art. 4.13.

Art. 4.15 – LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per sinistro e 60 (sessanta) per tutta la durata delle garanzie.

Art. 4.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

Nessun Indennizzo sarà corrisposto da Helvetia Italia Assicurazioni per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego se:

- a) al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione o messa in Mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- b) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- c) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- d) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- e) la Disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";

- f) al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana; o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
- g) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- h) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- i) la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- j) al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Art. 4.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al Modulo di cui al precedente art. 4.3 la seguente documentazione:

- a) copia di un documento di identità;
- b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire ad Helvetia Italia Assicurazioni le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

ART. 4.18 - SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita Involontaria dell'Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualficazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

(garanzia attiva per Non Lavoratori, Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e opzionale, in aggiunta alla garanzia "Perdita Involontaria Impiego, per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

Art. 4.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricovero ospedaliero, di durata non inferiore a 5 giorni (franchigia relativa di 5 giorni) presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" cui l'elenco allegato, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponde l'indennizzo forfettario indicato all'art. 4.20 a condizione che:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art.1.6 delle Condizioni di Assicurazione;
- b) il Sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 4.21;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 4.3.

Art. 4.20 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'Indennizzo forfettario assicurato sarà pari a

- 12 volte la somma indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza;
- 6 volte la somma indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il SSN.

Art. 4.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'Assicurato a Helvetia Italia Assicurazioni;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o psicofarmaci e/o sostanze stupefacenti;
- e) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- i) sindromi organiche cerebrali;
- j) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- m) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- n) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 4.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato/Aderente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 4.3 la seguente documentazione:

- a. copia del documento di identità;
- b. autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che dovranno produrre certificazione del Datore di Lavoro;
- c. certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Art. 4.23 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 (trenta) giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

**TABELLA SINTETICA GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE
APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA"**

SOGGETTI ASSICURATI			
GARANZIE	Lavoratori autonomi	Lavoratori Dipendenti Privati	Lavoratori Dipendenti Pubblici / Non lavoratori
I.T.T.	GARANZIA SEMPRE OPERANTE	Garanzia NON operante	Garanzia NON operante
Indennizzo:	Rata mensile in scadenza		
Periodo di Franchigia Assoluta:	30 gg.		
Carenza:	30 gg. per Malattia		
Limite di indennizzo:	Sino a 15 rate per Sinistro per Mutui Ipotecari, Massimo 60 rate per la durata di tutte le garanzie		
Periodo di Riqualificazione	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa, malattia del sinistro precedente		
P.I.I.	Garanzia NON operante	GARANZIA SEMPRE OPERANTE	Garanzia NON operante
Indennizzo:		Rata mensile in scadenza	
Periodo di Franchigia Assoluta:		30 gg.	
Carenza:		30 gg.	
Limite di indennizzo:		Sino a 15 rate per Sinistro per Mutui Ipotecari, Massimo 60 rate per la durata di tutte le garanzie	
Periodo di Riqualificazione:		90 gg.	
G.I.C.	GARANZIA SEMPRE OPERANTE	GARANZIA OPERANTE (OPZIONALE)	GARANZIA SEMPRE OPERANTE
Indennizzo:	12 volte la rata mensile per GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per GIC in SSN o regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per GIC in SSN o regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per GIC in SSN o regime di convenzionamento
Periodo di Franchigia Relativa:	5 gg.	5 gg.	5 gg.
Carenza:	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia
Periodo di Riqualificazione:	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente

Allegato A

Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124)

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	=	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omeroale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omeroale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		25
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30

Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del 100%. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel 3%.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
--

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarterectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino- perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO – caso morte

Protezione Mutuo a Premio Annuo – APMR011

Da inviare a BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano

n. polizza	Assicurato	Agenzia BCC Roma

La persona fisica/persona giuridica a causa del decesso dell'Assicurato
..... avvenuto in data,
in qualità di Beneficiaria/o in caso di morte della posizione assicurativa indicata sopra, relativa alla
Polizza N° chiede con la presente la liquidazione per sinistro del debito residuo pari
a € come previsto contrattualmente.

BENEFICIARIO	FIRMA	IBAN

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

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

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

- in caso di Beneficiario minorenni 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;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

I Beneficiari autorizzano la Compagnia a svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie e a richiedere eventuali ulteriori documenti

Si autorizza al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016)

Luogo e Data

Timbro e Firma della BCC di Roma

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,

- 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..
- 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:

- 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.
- 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.
- 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).
- 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.

MODALITÀ 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 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;

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 instaurandi/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:

○ 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.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN
BIANCO

Proposta di Adesione alle Polizze Assicurative **Protezione Mutuo a premio annuo** N. **30000366** e N. **100.1.000.805** stipulate tra la Banca di Credito Cooperativo di Roma (in qualità di Contraente) e le Compagnie BCC Vita S.p.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

PROPOSTA N. XXXXXXXXX

Aderente

Cognome e Nome / Ragione Sociale:		Sesso:	
Professione/Settore:		Persona fisica o giuridica:	
Indirizzo residenza/Sede Legale:		Codice Fiscale/P. IVA:	
CAP:	Comune:	Provincia:	Nazione:
e-mail:			

Assicurato

Cognome e Nome:		Sesso:	
Indirizzo residenza:		Codice Fiscale:	
CAP:	Comune:	Provincia:	Nazione:
Professione:		Categoria professionale:	
Data Nascita:	Luogo di nascita:	Provincia:	Nazione:

Autorizzazione all'adesione da parte dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente)

Il sottoscritto autorizza l'Aderente alla stipula della presente polizza per proprio conto ai sensi dell'art. 1919, comma 2.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'Assicurato _____

Intermediario

Intermediario:	ABI:	CAB:	Codice Sportello:
----------------	------	------	-------------------

Estremi di Polizza

Codice Prodotto:			
Data di decorrenza polizza (ore 24.00 del):	Data di scadenza polizza (ore 24.00 del):	(anni / mesi)	
Sezione "Protezione del debito residuo del finanziamento" - Data di scadenza (ore 24.00 del):		Durata polizza:	
Sezione "Protezione della rata del finanziamento" - Data di scadenza (ore 24.00 del):		Durata sezione:	

Estremi della copertura assicurativa

Sezione	Garanzia (valida se selezionata e corrisposto il relativo premio)	Somma Assicurata (euro)	Premio Lordo annuo (euro)	di cui Imposte (euro)
Protezione del debito residuo del finanziamento	☐ Decesso	Capitale Assicurato		
	☐ Invalidità permanente totale da infortunio o malattia	Capitale Assicurato		
Protezione della rata del finanziamento	☐ Inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia	Rata mensile assicurata		
	☐ Perdita involontaria dell'impiego/Disoccupazione	Rata mensile assicurata		
	☐ Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	Rata mensile assicurata		

Estremi del Mutuo

Numero contratto:	Data stipula:	Data scadenza:	Durata: (anni/mesi/giorni)
Tipo:	Importo erogato: (euro)	Capitale Richiesto/ Debito Residuo (euro):	% da assicurare:
Rateazione:	TAN:	Ente erogante:	

Premio (in euro)

Premio Lordo Annuo (Vita e Danni):	di cui Imposte:	Premio Lordo di Rata (Vita e Danni):	di cui Imposte:
Premio di Rata (Vita) (*):		di cui Costi a carico dell'Aderente:	di cui importo percepito dall'intermediario:
(*) comprensivo di interessi di frazionamento mensile, se prescelto, pari al 4%			
Premio Lordo di Rata (Danni):	di cui Imposte:	di cui Costi a carico dell'Aderente:	di cui importo percepito dall'intermediario:
Frequenza di pagamento:		Modalità di Pagamento: Addebito diretto in conto corrente bancario	
Coordinate Bancarie:	ABI:	CAB:	CIN:
Numero C/C:		IBAN:	

L'aliquota provvigionale riconosciuta sul prodotto all'Intermediario, è pari al 35% del premio imponibile per la componente Danni e al 25% del premio per la componente Vita.

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. - Codice Fiscale e Iscr. Reg. Impr. 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 allo esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29/05/2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 07/06/2002 - www.bccvita.it



Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano
Tel. 02 53511 - Fax 02 5351829
PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it
www.helvetiaitalia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Capitale Sociale € 15.600.000 i.v. - Società con Socio Unico N° iscrizione Reg. Imprese di Milano e C.F. 02446390581 - P.I. 07530080154 - R.E.A. n° 865966 Imp. Autor. dall'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. n° 166723 del 20/06/1986 (G.U. n° 148 del 28/6/1986) e successive autorizzazioni
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031

Designazione dei Beneficiari

Relativamente ai Beneficiari in caso di Morte, limitatamente alla quota parte di prestazione in caso di decesso corrispondente al debito residuo effettivo alla data di decesso stessa, si rimanda all'Appendice Beneficiari.

Luogo Data: Firma dell'Aderente
(o di altro soggetto con poteri di firma)/(Assicurato)

Dichiarazioni dell'Aderente

INFORMATIVE PRECONTRATTUALI E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

L'Aderente dichiara:

- ☐ di aver scelto la modalità di consegna del Set informativo in formato cartaceo;
- ☐ di aver scelto la modalità di consegna del Set informativo tramite e-mail inviata all'indirizzo riportato nel frontespizio del presente modulo nonché di disporre delle nozioni e degli strumenti tecnici (Adobe Acrobat e Reader 3.0 e versioni successive) necessari alla consultazione di documenti ricevuti in formato elettronico ("PDF"), fermo restando che tale documentazione è comunque disponibile sui siti internet di BCC Vita S.p.A. (www.bccvita.it) e di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. (www.helvetiaitalia.it) e può essere richiesta in qualsiasi momento in formato cartaceo presso l'Intermediario.

L'Aderente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set informativo costituito da: DIP Vita Cod. DIPV_APMR011_2021/07, DIP Danni Cod. DIPD_APMR011_2021/07, DIP Aggiuntivo Multirischi Cod. DIP_AGG_APMR011_2021/07, Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario Cod. CGA_APMR011_2021/07 e fac-simile Modulo di Adesione Cod. PRP_APMR011_0721.

L'Aderente dichiara inoltre di aver ricevuto le Informative in materia di Privacy, prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e BCC Vita S.p.A., e di impegnarsi a fornirne copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati dei quali lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Il sottoscritto dichiara inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione relative al presente contratto nonché le clausole contenute nel presente Modulo di Adesione.

Luogo Data: Firma Aderente
(o di altro soggetto con poteri di firma)

L'Aderente dichiara di essere stato adeguatamente informato che la presente polizza è facoltativa, vale a dire non obbligatoria né condizionante l'erogazione del mutuo.

Luogo Data: Firma Aderente
(o di altro soggetto con poteri di firma)

Dichiarazioni dell'Assicurato - Assumibilità

QUESTIONARIO SANITARIO

È richiesta – contestualmente alla sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, la compilazione, da parte dell'Assicurato, del Questionario Sanitario. L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa a seguito della valutazione positiva del Questionario Sanitario.

Luogo: Data: Firma Assicurato

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Nel caso in cui si volesse assicurare un capitale superiore a 250.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro, o l'importo di uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio dall'Assicurato sia superiore a 250.000,00 Euro, si richiede: la compilazione da parte di un Medico del Rapporto di Visita Medica, analisi delle urine ed altri accertamenti sanitari.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Le Compagnie garantiscono la copertura a seguito della valutazione positiva del Rapporto di Visita Medica.

Luogo: Data: Firma Assicurato

AVVERTENZE:

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURATO PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.
- ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALL'IMPRESA, L'ASSICURATO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE CON IL TOTALE COSTO A CARICO DELLO STESSO.

Luogo: Data: Firma Assicurato

PROPOSTA N. XXXXXXXX

Condizioni valide solo in caso di polizza di durata poliennale, esclusivamente per le garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni

Con riferimento agli articoli o sezioni riferibili alla durata della Polizza, ai sensi dell'art. 1899 Codice Civile, l'Aderente prende atto di quanto di seguito indicato:

- l'applicazione di uno sconto per durata poliennale pari al <XXX> % ovvero a euro <XXXXXX> rispetto al premio lordo previsto per la stessa copertura di durata annuale (esclusivamente per le garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni);
- la possibilità, a fronte dello sconto sopraindicato, di esercitare la facoltà di recedere annualmente dalle garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni, a partire dal quinto anno. Se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente, trascorso il quinquennio, può esercitare tale facoltà, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

FERMO IL RESTO

Luogo Data Firma Aderente
(o di altro soggetto con poteri di firma)

Diritti dell'Aderente

REVOCA

È possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di revoca del presente modulo di Adesione entro il giorno precedente la data di conclusione del contratto.

RECESSO

È possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di recesso dal presente modulo di adesione entro **60 giorni** dalla data di conclusione del contratto stesso.

Spazio Riservato all'Incaricato della Banca

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione del sottoscrittore, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, e che le firme sono state riportate in mia presenza. Dichiaro inoltre di aver presa visione e di essere a conoscenza del D.lgs. n° 231/2007 e successive modificazioni.

«Identificativi Incaricato Banca»

Luogo Data Firma dell'Incaricato della Banca

«LUOGO», il «DATA_EMISSIONE» Firma dell'Aderente
(o di altro soggetto con poteri di firma)

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.AA. 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

**Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**

Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 - Fax 02 5351829
PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it
www.helvetiaitalia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Capitale Sociale € 15.600.000 i.v. - Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano e C.F. 02446390581 - P.I. 07530080154 - R.E.A. n° 865966
Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. n° 166723 del 20/06/1986
(G.U. n° 148 del 28/6/1986) e successive autorizzazioni

Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031