

Assicurazione temporanea in 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 (4C55U)

Data di aggiornamento: 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?

E' 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 un importo pari al debito residuo in linea capitale al momento del Sinistro secondo l'originario piano di ammortamento (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa), diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e dei relativi interessi di mora e spese accessorie, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel modulo di adesione e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato. ✓ Capitale Assicurato: ✓ Il capitale assicurato è determinato sulla base del mutuo stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo, o alla quota parte dello stesso (va considerato anche il caso di cointestazione), in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento originario del mutuo (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa), risultante alla data del sinistro. ✓ Il capitale assicurabile non può essere inferiore a 25.000,00 Euro, e superiore a 500.000,00 Euro. ✓ Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.

 Che cosa NON è assicurato?
✓ Sono assicurabili esclusivamente i mutui la cui data di scadenza non ecceda la data di compimento degli 80 anni di età (assicurativa) dell'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

- ! È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:
 - ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - ! partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
 - ! guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
 - ! suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
 - ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - ! abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
 - ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti 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.



Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
 - Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi, eventualmente intervenuti in corso di contratto in caso di trasferimento di domicilio/sede dell'Aderente e/o dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che l'Aderente 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 sottoporsi a visita medica ove previsto.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente paga il premio in unica soluzione al momento del perfezionamento del mutuo e per il tramite del Contraente.
- L'Aderente alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio che viene addebitato sul conto corrente dell'Aderente stesso e, per il tramite del Contraente, viene quindi accreditato sul conto corrente della Compagnia.
- Il premio unico, relativo all'Assicurato, è determinato considerando:
 - 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 contrattuale;
- l'età assicurativa dell'Assicurato al momento dell'erogazione del mutuo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Per ogni Assicurato, e sempre che sia stato pagato il Premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di conclusione del contratto ed ha la stessa durata originaria del contratto di mutuo (per i mutui di nuova stipulazione) o alla durata residua (per i mutui in corso), entrambe espresse in anni e mesi interi.
- La durata massima è pari a 30 anni e il contratto non prevede il tacito rinnovo.
- La durata contrattuale, 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'Assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno in cui termina il Contratto ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
 - morte dell'Assicurato;
 - esercizio del recesso;
 - liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte;
 - scadenza dell'assicurazione;
 - pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
 - in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale del mutuo originariamente stipulato.
- 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.
- 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 medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN
BIANCO

POLIZZA A PROTEZIONE DEL CREDITO

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**

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

Che tipo di assicurazione è?

“Protezione Mutuo” 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 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, 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 e in aggiunta alla garanzia "Perdita involontaria d'impiego" per 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** fornisce 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 un'età superiore a 69 anni compiuti, fermo restando che l'età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non potrà essere superiore a 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 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 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.

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 - in forma unica anticipata – avviene tramite autorizzazione dell'Aderente all'addebito sul proprio conto corrente.

In caso di finanziamento di nuova erogazione il premio può essere anche finanziato, su esplicita richiesta dell'Aderente e dietro accettazione della Banca. L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo del mutuo e viene prelevato totalmente dal mutuo erogato.

Le garanzie a protezione della rata, quando la polizza ha durata superiore a dieci anni, prevedono il pagamento di un premio in forma annua a partire dal termine dei primi dieci anni di durata contrattuale fino alla scadenza del contratto stesso.

È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia alle ore 24.00 del giorno indicato sul Modulo di Adesione, 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 del mutuo, se la polizza ha durata superiore a dieci anni, la durata iniziale è decennale (a partire dal termine del decimo anno le garanzie hanno durata annuale con tacito rinnovo).



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.

In alternativa alla modalità di rimborso sopra indicata, qualora il premio relativo alla copertura assicurativa sia stato finanziato, il rimborso del premio potrà essere effettuato mediante la riduzione della rata del mutuo dietro tua espressa richiesta alla Banca.

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 (4C55U)

Data di realizzazione: 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 (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	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, 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.

La prestazione per il caso di Morte consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale al momento del Sinistro secondo l'originario piano di ammortamento (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa), diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e dei relativi interessi di mora e spese accessorie, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo di Adesione e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso, se l'Aderente sceglie di mantenere la copertura assicurativa, il contratto resterà in vigore per un capitale assicurato pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento originario come sopra riportato 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.

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 insolute 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.

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 maleore 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 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 subisce 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 il piano di ammortamento originario (determinato alla sottoscrizione del contratto), 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.

In relazione alla Categoria Professionale Lavoratore dipendente di Ente pubblico, Lavoratore autonomo e Non lavoratore opera la seguente prestazione, che è attivabile facoltativamente anche dai Lavoratori dipendenti di Ente privato:

✓ **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 caso di modifica della durata o di rinegoziazione del mutuo, la Copertura Assicurativa continuerà comunque a fare riferimento, sia per le prestazioni sia per la durata, all'originario piano di ammortamento del mutuo, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

! 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:

- 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.

Rami Danni:

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

I 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, alcolismo, 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.

I 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 sottaciuti 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 Totale Permanente 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 comporto;
- 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 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:

▪ **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.

▪ **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?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

Ramo Vita:

In caso di Sinistro, l'Aderente e/o i suoi aventi causa possono effettuare la denuncia compilando l'apposito modulo, reperibile presso la Banca, oppure tramite una comunicazione da inoltrare a:

- ♦ BCC Vita S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano, per l'Assicurazione in caso di **Morte**;

L'Aderente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:
In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - copia del verbale di pubblicazione del testamento 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 (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.

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

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

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

Qualora l'Aderente 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 i suoi aventi diritto 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 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:

- 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 darne avviso scritto al Servizio Sinistri di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. 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 ovvero, 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, inviata dal Contraente e/o dall'Aderente 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. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. 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. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. Gestione da parte di altre imprese: non prevista. Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<u>Ramo Vita e Rami Danni:</u> L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: Ha diritto, quando il Contraente e/o l'Assicurato ha agito con dolo o colpa grave: – di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; – di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; – di trattenere il premio. Ha diritto, quando il contraente e/o l'assicurato non ha agito con dolo o colpa grave:

	– di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.
--	---

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Ramo Vita: Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. Rami Danni: Si precisa che limitatamente alle garanzie Danni il premio corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.
Rimborso	Estinzione anticipata totale e trasferimento del contratto di mutuo In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del contratto di Mutuo, il contratto di Assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di estinzione o trasferimento del contratto di Mutuo. In tal caso le Compagnie rimborsano la parte di premio non usufruita a decorrere dal giorno di estinzione o trasferimento del contratto di Mutuo, al netto delle imposte governative relative alla parte Danni. In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, le Compagnie restituiscono all'Aderente la quota parte del premio unico pagato e non goduto. In alternativa è prevista la facoltà dell'Aderente di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di premio unico pagato e non goduto. L'Aderente, contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata totale o il trasferimento del Contratto di Finanziamento, voglia mantenere attive le coperture assicurative, (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del Contratto di mutuo), deve manifestare per iscritto la propria scelta. La richiesta dovrà essere effettuata dall'Aderente utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la Contraente, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data dell'operazione sul Contratto di Finanziamento, gli eventuali estremi del Beneficiario e le coordinate del conto corrente di accredito. Estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo In caso di estinzione anticipata parziale, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo e le Compagnie restituiscono all'Aderente la quota parte del premio unico pagato e non goduto al netto delle imposte di legge relative alla parte Danni. In alternativa è prevista la facoltà dell'Aderente di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di premio unico pagato e non goduto. L'Aderente, contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, voglia mantenere attive le coperture assicurative, (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del Contratto di mutuo), deve manifestare per iscritto la propria scelta. La richiesta dovrà essere effettuata dall'Aderente utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la Contraente, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data dell'operazione sul Contratto di Finanziamento, gli eventuali estremi del Beneficiario e le coordinate del conto corrente di accredito. In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del finanziamento, non sono previste spese amministrative. L'Aderente può chiedere inoltre 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 Vita, 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 mesi 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 mesi interi, per mutui già erogati. La durata massima della copertura assicurativa è pari a: - Garanzie relative alla Sezione "Protezione del Debito Residuo": 30 anni; - Garanzie (solo Rami Danni) relative alla Sezione "Protezione della Rata del finanziamento": 120 mesi (10 anni). Qualora il mutuo abbia durata superiore a 120 mesi, le suddette garanzie riferite al ramo danni si rinnoveranno tacitamente di anno in anno fino alla durata massima stabilita per le garanzie a protezione del debito residuo; fatta salva la possibilità da parte dell'Aderente e da parte di Helvetia Italia Assicurazioni di inviare disdetta almeno 30 giorni prima rispetto alla scadenza anniversaria.
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 la Proposta di adesione. 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 restituiscono all'Aderente l'importo del premio unico nel caso in cui lo stesso abbia già effettuato il versamento. L'esercizio del diritto di revoca libera l'Aderente e le Compagnie da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno d'invio della richiesta di revoca.
Recesso	L'Aderente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento a ciascuna delle due Compagnie, ai seguenti indirizzi: - BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano, Italia. - Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. – Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano La comunicazione di recesso pervenuta alle Compagnie successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui le Compagnie hanno ricevuto la comunicazione scritta di recesso dell'Aderente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie sono tenute a rimborsare il premio eventualmente corrisposto nelle seguenti modalità: - BCC Vita procederà al rimborso del premio al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto; - Helvetia Italia Assicurazioni procederà al rimborso del premio al netto delle imposte In alternativa alla modalità di rimborso sopra indicata, qualora il premio relativo alla copertura assicurativa sia stato finanziato, l'Aderente può scegliere che il rimborso del premio venga effettuato mediante la riduzione della rata del finanziamento. 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. L'Aderente ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dalla Compagnia per l'emissione del contratto.

	Per le sole garanzie Rami Danni, se il contratto supera i cinque 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	Non è configurabile un'ipotesi di risoluzione per sospensione del pagamento dei premi.



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 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?

Ramo Vita

- Costi gravanti sul premio:

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

Tipo costo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Da 60 a 120 mesi	46,00%
Da 121 a 240 mesi	41,00%
Da 241 mesi	36,00%

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.

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

– 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 unico Danni sono pari al 50% dello stesso.

Per tutti i Rami**– Costi di intermediazione**

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

Ramo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
Vita	
Da 60 a 120 mesi	65,21%
Da 121 a 240 mesi	73,17%
Da 241 mesi	83,33%
Danni	
70%	

– Costi dei PPI:

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Rami 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 dell'Aderente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. La Compagnia 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 Compagnia 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	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Procedura FIN-NET: 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 unico 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.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente.

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.

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 DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI 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 Unico

Condizioni di Assicurazione

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA del 06/02/2018 – Associazione Consumatori – Associazione Intermediari assicurativi

Modello CGA_APMR010_2021/07
Edizione 07/2021

Sommario

GLOSSARIO	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	8
TITOLO I) OGGETTO, PRESTAZIONI E REQUISITI DI ASSICURABILITÀ	8
TITOLO II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE, DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO.....	11
TITOLO III) SOMME ASSICURABILI, LIMITI DI INDENNIZZO, PAGAMENTO DEL PREMIO E ESTINZIONE ANTICIPATA DEL MUTUO.....	13
TITOLO IV) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E DENUNCIA DEL SINISTRO.....	18
TITOLO V) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI	19
SEZIONE PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO	21
TITOLO VI) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE.....	21
Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO	21
Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	21
Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	22
TITOLO VII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO (GARANZIA ATTIVA PER TUTTI GLI ASSICURATI)	24
Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO	24
Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	25
Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	25
TITOLO VIII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA (GARANZIA ATTIVA PER TUTTI GLI ASSICURATI)	27
Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO	27
Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	27
Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	28
TITOLO IX) NORME COMUNI ALLA ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO E ALLA ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA.....	29
SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO	30
TITOLO X) NORME COMUNI ALLE ASSICURAZIONI A PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO.....	30
Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO	30
Capitolo 2 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	30
TITOLO XI) ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (GARANZIA ATTIVA SOLO PER I LAVORATORI AUTONOMI)	32
Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO	32
Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	32
Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	33
TITOLO XII) ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO (GARANZIA ATTIVA SOLO PER I LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO).....	33
Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO	33
Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	33
Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	34
TITOLO XIII) 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 DELL'IMPIEGO, PER IL LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO)	34
Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO	34
Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	35
Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	35

TABELLA SINTETICA GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA"	36
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	37

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.

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: copertura assicurativa con la quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione al verificarsi di un evento previsto dalle sezioni della *polizza collettiva*, sempre che risultino regolarmente pagate le rate di *premio*.

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*.

Compagnie: BCC Vita S.p.A. per la copertura *Morte* e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. per le coperture *Invalità Permanente Totale*, *Inabilità Temporanea Totale*, Perdita Involontaria dell'Impiego e *Ricovero Ospedaliero per Grandi interventi chirurgici*.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello della *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 assicurativo (o contratto di assicurazione): è il documento emesso dalla Compagnia concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti.

Data di decorrenza dell'assicurazione: le ore 24:00 del giorno in cui l'*Aderente* sottoscrive il *Modulo di Adesione*, sempre che il contratto di mutuo 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;
- b) essere 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.

Ebbrezza alcolica: 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 dallo *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*).

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 di mutuo.

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 maleore o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività svolta, conseguente ad *infortunio* o *malattia*, in misura pari o superiore al 60% della capacità lavorativa 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 di mutuo 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, la bulimia, 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 la *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 *Disoccupazione*, 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 riqualificazione: 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 *Disoccupazione* 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 di mutuo (*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* dalla *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 di mutuo 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*.

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*

TITOLO I) OGGETTO, PRESTAZIONI E REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Che tipo di assicurazione è?

È una *polizza collettiva* ad adesione facoltativa che copre il rischio di *morte*, di *invalidità permanente totale* da *infortunio* o *malattia*, di *inabilità temporanea totale* da *infortunio* o *malattia*, di perdita involontaria dell'impiego e di *ricovero ospedaliero* per *Grandi interventi chirurgici* dell'Assicurato, per i sottoscrittori di un contratto di mutuo con la *Contraente*.

ART. 1 - GARANZIE

Il presente contratto di assicurazione comprende le garanzie:

- Morte**, prestata da BCC Vita S.p.A.;
- Invalidità Permanente Totale**, causata da *infortunio* o *malattia*, prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale (ITT)**, causata da *infortunio* o *malattia*, prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.;
- Perdita Involontaria dell'impiego (PII)**, prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero per Grande intervento chirurgico (GIC)**, prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.;

Le garanzie 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 facoltativa)
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 *Grandi Interventi Chirurgici*.

Gli obblighi delle *Compagnie* risultano esclusivamente dalle Condizioni di assicurazione, dal *Modulo di Adesione* e dalle eventuali appendici rilasciate dalle *Compagnie* stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto assicurativo valgono le norme di legge applicabili.

Le garanzie sono prestate dalle *Compagnie* in base alle comunicazioni della *Contraente* ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le coperture *Morte* e *Invalidità Permanente Totale* da *infortunio* e *malattia* hanno validità in tutto il mondo, fatto salvo quando indicato nelle esclusioni per la copertura in caso di *decesso* (art. 29). Le coperture *Inabilità Temporanea Totale* e *Ricovero Ospedaliero* per *Grandi interventi chirurgici* hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea. La copertura *Disoccupazione* è operante anche quando l'Assicurato si trova all'estero, ma nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.

ART. 2 - PRESTAZIONI

2.1 Prestazione in caso di morte

La prestazione per il caso di *Morte* consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale al momento del *sinistro* secondo l'originario piano di *ammortamento* (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa), diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del *sinistro* e dei relativi interessi di mora e spese accessorie, **rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo di Adesione** e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

In caso di *Morte* dell'Assicurato successiva all'estinzione anticipata del mutuo e se l'Aderente si è avvalso della facoltà di proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, BCC Vita liquiderà 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.

In caso di *liquidazione* del sinistro da *Invalidità Permanente Totale*, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso *Morte* e il premio versato per la Copertura *Morte* resta acquisito da BCC Vita.

2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente contratto di assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico di BCC Vita e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

2.2 Prestazione in caso di invalidità permanente totale da infortunio o malattia

L'indennizzo è pari al debito residuo del mutuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo l'originario piano di ammortamento, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel **Modulo di Adesione** e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato.

Relativamente all'invalidità determinata da *malattia*, rientrano in copertura i casi di invalidità permanente insorti trascorso il periodo di carenza di 30 giorni.

2.3 Prestazione 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 sul **Modulo di Adesione**, 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.

2.4 Prestazione in caso di perdita involontaria dell'impiego

L'indennizzo per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata sul **Modulo di Adesione**, 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.

2.5 Prestazione in caso di ricovero ospedaliero per Grande intervento chirurgico

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" di cui all'elenco allegato, verrà corrisposto un indennizzo forfettario assicurato pari a:

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

ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'

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, nei casi previsti, abbia sottoscritto il Rapporto di Visita Medica 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).

La garanzia assicurativa è subordinata alla preventiva compilazione e sottoscrizione del Questionario Tecnico Assuntivo (e il 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 "Protezione della rata del mutuo", **nonché alla sottoscrizione del Modulo di Adesione in tutte le sue parti.**

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 Tecnico Assuntivo**. **A seguito di una valutazione negativa la richiesta di copertura verrà respinta.**

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 al successivo art. 10 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 assicurativo; qualora l'Aderente/Assicurato nel corso del contratto assicurativo trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale le Compagnie non siano autorizzate a esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto assicurativo dovrà essere risolto.

ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

L'Aderente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che le *Compagnie* non avrebbero prestato il loro consenso o non lo avrebbero prestato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, le *Compagnie* stesse:

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

- di impugnare il *contratto assicurativo* per domandarne l'annullamento dichiarando all'*Aderente* e/o all'*Assicurato* di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il *sinistro* si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'*Assicurato* abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che le *Compagnie* in tal caso non avrebbero dato il loro consenso alla stipula dell'*assicurazione*;
- di trattenere il *premio*.

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

- di recedere dal *contratto assicurativo* stesso, mediante dichiarazione da farsi all'*Aderente* e/o all'*Assicurato* entro tre mesi dal giorno in cui hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il *premio* convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.

Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'*Assicurato*, tra il momento della sottoscrizione del *Modulo di Adesione* e la Data di erogazione del contratto di mutuo,

L'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle **Compagnie** prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'**Aderente** e l'**Assicurato** sono tenuti - quest'ultimo anche tramite l'**Aderente** - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alle **Compagnie**, così come del trasferimento all'estero del domicilio.

TITOLO II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE, DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO

ART. 5 - DECORRENZA E DURATA

Art. 5.1 - Decorrenza e durata

L'**assicurazione** produce i propri effetti a seguito dell'adesione dell'**Aderente** alla **polizza collettiva**, che avviene dalle ore 24:00 della data in cui lo stesso ha sottoscritto il **Modulo di Adesione**, sempre che sia stato pagato il **premio unico**. Qualora il **premio unico** non venga versato l'**assicurazione** avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel **Modulo di Adesione** sia prevista una **data di decorrenza** successiva, l'**assicurazione** non ha efficacia prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza. Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di **adeguata verifica** previsti dal Regolamento n. 44 del 12 febbraio 2019 e successive modifiche, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente **contratto assicurativo**.

L'**assicurazione** ha la stessa durata originaria del contratto di mutuo (per i mutui di nuova stipulazione) o alla durata residua (per i mutui in corso), entrambe espresse in anni e mesi interi.

In ogni caso la durata massima della copertura assicurativa è pari a

- a) 30 anni per le garanzie **Morte** (prestata da BCC Vita) e **Invalità Permanente Totale** da **infortunio** o **malattia** (prestata da Helvetia Italia Assicurazioni);
- b) 10 anni per le garanzie **Inabilità Temporanea Totale** da **infortunio** o **malattia**, **Perdita involontaria dell'impiego**, **Ricovero Ospedaliero** per **Grandi interventi chirurgici** (prestata da Helvetia Italia Assicurazioni), fatta salva la facoltà di prosecuzione annuale decorso il decimo anno, come indicato al punto 5.1.1. Rinnovo annuale dopo il decimo anno.

Restano comunque confermati i periodi di carenza di cui all'art. 29 per il caso Morte e agli artt. 37 per l'Invalità Permanente Totale, 51 per la Inabilità Temporanea Totale, 56 per la Perdita Involontaria dell'Impiego e 61 per il Ricovero Ospedaliero per Grandi interventi chirurgici.

Per le sole garanzie danni di cui al punto b) che precede, 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.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Mutuo, la Copertura Assicurativa continuerà comunque a fare riferimento, sia per le prestazioni sia per la durata, all'originario **piano di ammortamento** del mutuo, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del **premio**.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente **contratto di assicurazione** oppure in caso di **Invalità Totale e Permanente** nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del **sinistro**, non è prevista alcuna prestazione a carico di BCC Vita e il **premio** versato resta acquisito da quest'ultima.

5.1.1 - Rinnovo annuale dopo il decimo anno

Le sole garanzie danni di cui al punto b) che precede, prestate da Helvetia Italia Assicurazioni, allo scadere della durata massima prevista e fatto salvo quanto indicato all'art. 3 - Requisiti di assicurabilità, si rinnoveranno tacitamente di anno in anno, senza necessità di preavviso e comunque non oltre la durata massima stabilita per le altre garanzie e previa applicazione del **premio** di rinnovo annuale, calcolato con l'algoritmo sotto indicato, **premio** che sarà costante per ciascun rinnovo.

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

Algoritmo di calcolo del **premio** annuo:

$$PA = PT/N$$

dove:

PA= **premio annuo**

PA= PT/N

PT= **premio totale** (comprensivo di costi, provvigioni ed imposte) delle garanzie relative alla Sezione "Protezione della rata del mutuo"

N= durata delle garanzie relative alla Sezione "Protezione della rata del mutuo", espressa in anni, esclusa la frazione di anno

Il pagamento del *premio* avviene mediante addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della *Banca* distributrice del Prodotto.

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 assicurativo 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.

Art. 5.2 - Cessazione dell'assicurazione

L'*assicurazione* termina alle ore 24.00 del giorno in cui termina il contratto assicurativo ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) *morte* dell'*Assicurato*;
- b) esercizio del recesso;
- c) *liquidazione* dell'*indennizzo* previsto per il caso *Morte*;
- d) *liquidazione* dell'*indennizzo* previsto per il caso *Invalidità Permanente Totale*. In tal caso si considerano cessate le garanzie previste dalla Sezione "Protezione della rata del mutuo", con il contestuale rimborso del *premio* pagato e non usufruito;
- e) scadenza dell'*assicurazione*;
- f) in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'*Aderente* riceva la restituzione della quota parte di *premio* pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale del mutuo originariamente stipulato.

ART. 6 - DIRITTO DI REVOCA

Nella fase che precede la conclusione del *contratto di assicurazione* - e dunque **entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative** - l'*Aderente* ha la facoltà di revocare la Proposta di adesione.

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 di assicurazione.

Entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, ciascuna Compagnia restituisce all'*Aderente* l'importo del *premio unico* qualora questi abbia già effettuato il versamento.

L'esercizio del diritto di revoca libera l'Aderente e le Compagnie da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto di assicurazione dalle ore 24.00 del giorno d'invio della richiesta di revoca.

ART. 7 - DIRITTO DI RECESSO

Art. 7.1 - Diritto di recesso dal contratto di assicurazione

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.

In alternativa alla modalità di rimborso sopra indicata, qualora il *premio* relativo alla copertura assicurativa sia stato finanziato, il rimborso del *premio* potrà essere effettuato mediante la riduzione della rata del mutuo.

Tale scelta potrà esser comunicata contestualmente alla richiesta di recesso, con la modalità già descritta.

L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e le Compagnie da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto assicurativo dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 7.2 - Diritto di recesso dalle coperture danni

Per le sole garanzie danni, prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, se il *contratto assicurativo* 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.

La Copertura Caso *Morte* rimane attiva anche in caso di recesso dalle Coperture Danni.

TITOLO III) SOMME ASSICURABILI, LIMITI DI INDENNIZZO, PAGAMENTO DEL PREMIO E ESTINZIONE ANTICIPATA DEL MUTUO

ART. 8 - SOMME ASSICURATE E LIMITI DI INDENNIZZO

Art. 8.1 - Capitale assicurato

Il capitale assicurato, è determinato sulla base del mutuo stipulato dall'*Assicurato* ed è pari al debito residuo, o alla quota parte dello stesso (va considerato anche il caso di cointestazione), in linea capitale rilevato dal *piano di ammortamento* originario del mutuo (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa), risultante alla data del *sinistro*.

L'importo di capitale assicurabile per singola adesione, ha un limite massimo pari a 500.000,00 Euro. È data facoltà all'*Aderente* di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con un limite di sottoassicurazione pari al 50% dell'importo erogato, con un minimo di € 25.000,00.

Il capitale massimo inizialmente assicurato non potrà superare euro 500.000,00 (cinquecentomila/00). È data facoltà all'*Aderente* di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con un limite di sottoassicurazione pari al 50% dell'importo erogato, con un minimo di € 25.000,00.

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 e interessi, dovuta dall'*Aderente* alla *Contraente* secondo l'importo indicato nel Modulo di Polizza. Si precisa che detto importo è calcolato in base alla Somma Assicurata esposta nel Modulo di Polizza e quindi tiene conto dell'eventuale sottoassicurazione.

Art. 8.2 - Limiti di indennizzo

Per ogni *Assicurato* e per tutti i contratti di mutuo che siano in essere tra l'*Assicurato* e la *Contraente* alla data del *sinistro* l'indennizzo non potrà superare, la somma di:

- a) Euro 500.000,00 in caso di *morte*;
La Compagnia BCC Vita S.p.A. non consente di assicurare sulla vita di una stessa persona, con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio, una somma superiore a 500.000,00 Euro.
- b) Euro 500.000,00 in caso di *Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia*;
- c) Euro 3.000,00 mensili in caso di *Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero per Grandi interventi chirurgici*. Il numero massimo di indennizzi liquidabili è indicato rispettivamente in ciascuna Sezione.

ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il *premio* è determinato in relazione alle garanzie prestate, in funzione del capitale assicurato, dell'*età assicurativa* e della durata in mesi.

L'età dell'*Assicurato*, espressa in anni, è quella compiuta all'ultimo compleanno. Qualora alla *data di decorrenza* siano trascorsi dall'ultimo compleanno sei mesi e un giorno o più, l'età computabile viene aumentata di un anno.

Le Coperture assicurative vengono prestate dalle *Compagnie* dietro corresponsione da parte dello *Aderente* di un *premio unico* ed anticipato, al momento del perfezionamento del *contratto assicurativo*.

Le *Compagnie* conferiscono alla *Contraente* mandato per l'incasso dei premi. In conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del *premio* effettuato dall'*Aderente* alla *Contraente* è come se fosse effettuato direttamente a favore delle *Compagnie*, anche ai fini dell'attivazione della Copertura.

ART. 10 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI MUTUO

Art. 10.1- Estinzione anticipata totale e trasferimento del contratto di mutuo

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del contratto di mutuo, il *contratto di assicurazione* si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24 del giorno di estinzione o trasferimento del contratto di mutuo.

In tal caso le *Compagnie* operano come di seguito descritto:

BCC VITA

In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'*Aderente* la quota parte del *premio unico* pagato e non goduto secondo le modalità definite in seguito.

In alternativa è prevista la facoltà dell'*Aderente* di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di *premio unico* pagato e non goduto.

L'*Aderente*, nel caso in cui voglia mantenere attive le coperture assicurative, (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del contratto di mutuo), contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata totale o il trasferimento del contratto di mutuo, **deve manifestare per iscritto la propria scelta. La richiesta dovrà essere effettuata dall'*Aderente* utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la *Contraente***, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data dell'operazione sul contratto di mutuo, gli eventuali estremi del *Beneficiario* e le coordinate del conto corrente di accredito.

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del *premio*.

Estinzione anticipata totale o trasferimento del contratto di mutuo

L'importo che la Compagnia restituisce all'*Aderente* è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al *premio* puro e quella relativa ai costi gravanti sul *premio*.

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

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

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

Rimborso dei costi: $PVita * H * ((N-K) / N)$

Rimborso del premio puro: $PVita * (1-H) * ((N-K)/N) * \text{minimo valore tra 1 e } CK/C0$

Dove:

PVita = premio versato

H = costi sul premio

N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi

K = mesi interi trascorsi dalla *data di decorrenza* alla data di estinzione del contratto di mutuo

(N-K) = mesi mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione

CK il debito residuo alla data di estinzione C0 il capitale assicurato iniziale

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

Esempio n°1

PVita = 1.626,70 Euro

H = 46%

N = 120 mesi

K = 12 mesi

CK (*) = 92.092,56 Euro

C0 = 100.000,00 Euro

Rimborso del premio puro: $1.626,70 * (1-46\%) * [(120-12) / 120] * \min(91085,93/100.000,00; 1) = 720,10 \text{ Euro}$

Rimborso dei costi: $1.626,70 * 46\% * [(120-12) / 120] = 673,45 \text{ Euro}$

Importo del premio da rimborsare = $720,10 + 673,45 = 1.393,56 \text{ Euro}$

(*) calcolato con un TAN pari al 2,5%.

Esempio n°2

PVita = 1.626,70 Euro

H = 46%

N = 120 mesi

K = 24 mesi

CK (*) = 81.946,44 Euro

C0 = 100.000,00 Euro

Rimborso del premio puro: $1.626,70 * (1-46\%) * [(120-24) / 120] * \min(81946,44/100.000,00; 1) = 575,87 \text{ Euro}$

Rimborso dei costi: $1.626,70 * 46\% * [(120-24) / 120] = 598,63 \text{ Euro}$

Importo del premio da rimborsare = 575,87 + 598,63 = 1.174,49 Euro

Importo del premio da rimborsare = 575,87 + 598,63 = 1.174,49 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 2,5%.

HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI procede in modo differenziato in base al tipo di prestazione cui il *premio* si riferisce:

▪ **Protezione del Debito residuo**

La Compagnia rimborsa la parte di *premio* pagato e non goduto (al netto delle imposte governative) relativa alla garanzia in caso di *Invalidità Permanente Totale* da *infortunio* o da *malattia* (IPT) e che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del Mutuo, secondo la seguente formula:

$$R_{PD}T = \text{Frazione}/\text{Durata} \times \text{Premio}_{PD}$$

dove:

$$R_{PD}T = \text{Frazione}/\text{Durata} \times \text{Premio}_{PD}$$

$R_{PD}T$ = parte di *premio* relativo alla garanzia IPT rimborsato in caso di estinzione totale;

Frazione = tempo che intercorre tra la data di estinzione del mutuo (o di trasferimento) e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

Durata = durata contrattuale, espressa in mesi;

Premio_{PD} = *premio* versato relativo alla garanzia suindicata al netto delle imposte governative.

▪ **Protezione della Rata del Mutuo**

Qualora l'estinzione anticipata totale o il trasferimento avvenga nei primi dieci anni dalla decorrenza della polizza, la Compagnia rimborsa la parte di *premio* pagato e non goduto (al netto delle imposte governative), relativa alle garanzie *Inabilità Temporanea Totale* (ITT), Perdita involontaria dello impiego (PII) e/o *Ricovero ospedaliero per Grandi interventi chirurgici* (GIC), riferita ai mesi mancanti alla scadenza del decimo anno, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione totale o di trasferimento del Mutuo, secondo la seguente formula:

$$R_{PR}T = T/120 \times \text{Premio}_{PR}$$

dove:

$R_{PR}T = T/120 \times \text{Premio}_{PR}$ $R_{PR}T$ = parte del *premio* relativo alle garanzie per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione totale;

T = tempo che intercorre tra la data di estinzione del mutuo (o del trasferimento) e quella di scadenza del 10° anno dalla decorrenza della polizza, espresso in mesi;

Premio_{PR} = *premio* versato relativo alla garanzia suindicata al netto delle imposte governative.

Qualora invece l'estinzione anticipata totale o il trasferimento avvenga dopo la scadenza del periodo suindicato, la parte di *premio* annuo, relativo alle garanzie suindicate, corrisposta e non usufruita verrà rimborsata - **al netto delle imposte governative** - in base al periodo che intercorre tra la data di estinzione o di trasferimento del Mutuo e il termine dell'annualità assicurativa in corso.

L'*Aderente* ha tuttavia la facoltà di proseguire l'*assicurazione* per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, **dandone comunicazione scritta a BCC Vita S.p.A. e a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** al momento dell'estinzione del Mutuo o del suo trasferimento.

Esemplificazione relativa al calcolo del <i>premio</i> da rimborsare a seguito di estinzione Totale del Mutuo	
Durata Polizza	180 mesi (15 anni)
Capitale assicurato iniziale (<i>premio</i> non finanziato)	100.000 Euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	645 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia <i>Invalidità Permanente Totale</i> (IPT)	1.184 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzie <i>Inabilità Temporanea Totale</i> (ITT)	883 Euro
Data dell'estinzione	60 mesi dalla decor-
Durata residua della polizza in mesi	120 mesi
Debito Residuo del mutuo ante estinzione anticipata *	69.936 Euro
Rateo di <i>premio</i> da restituire Garanzia IPT (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)	789 Euro
Rateo di <i>premio</i> da restituire Garanzia ITT (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)	441 Euro

* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

In caso di estinzione totale della polizza successiva a precedente estinzione parziale (vedi punto 5.2), nella determinazione del *premio* (Premio_D, Premio_{PD} e Premio_{PR}) da rimborsare si terrà conto di tali operazioni.

Art. 10.2 - Estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo**BCC VITA**

In caso di estinzione anticipata parziale, la Compagnia restituisce all'*Aderente* la quota parte del *premio unico* pagato e non goduto secondo le modalità definite in seguito.

In alternativa è prevista la facoltà dell'*Aderente* di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di *premio unico* pagato e non goduto.

L'*Aderente*, nel caso in cui lo stesso voglia mantenere attive le coperture assicurative, (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del contratto di mutuo), contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata parziale, **deve manifestare per iscritto la propria scelta**.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'*Aderente* utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la *Contraente*, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data dell'operazione sul contratto di mutuo, gli eventuali estremi del *Beneficiario* e le coordinate del conto corrente di accredito.

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del *premio*.

Estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo

L'importo che la Compagnia restituisce all'*Aderente* è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al *premio* puro (*) e quella relativa ai costi gravanti sul *premio* di riferimento.

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

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

La Compagnia provvede anche restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra. L'importo da restituire si determina:

1. Calcolando il premio di riferimento come segue:

$$PVitaRif = CapVer * i$$

Dove:

PVitaRif = premio di riferimento

CapVer = importo versato alla *banca* per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo

i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale

Pvita = importo indicato nel *Modulo di Adesione* e pari al premio unico versato dall'*Aderente*

Capitale Assicurato Iniziale = importo indicato nel *Modulo di Adesione* e pari alla prestazione assicurata iniziale

2. Sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

Rimborso del premio puro: $PVitaRif * (1-H) * [(N-K)/N] * \min[1; CapVerK/CapVer]$

Rimborso dei costi: $PVitaRif * H * [(N-K)/N]$

Dove:

H = costi sul premio

N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi

K = mesi interi trascorsi dalla *data di decorrenza* alla data di estinzione anticipata parziale del mutuo

CapVerK = importo versato alla *banca* calcolato al mese K con decrescenza secondo un *piano di ammortamento* alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata del mutuo.

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

Esempio n°1

1. Calcolo del premio di riferimento Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro

Premio unico iniziale versato dall'*Aderente* = 1.626,70 Euro

i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.626,70 / 100.000,00 = 0,016267

Importo versato alla *banca* per l'estinzione anticipata parziale del contratto di mutuo = 10.000,00 Euro

Premio di riferimento = $PVitaRif = 10.000,00 * 0,016267 = 162,67$ Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti $PVitaRif = 162,67$ Euro

H = 46%

N = 120 mesi

K = 36 mesi

CapVerK (*) = 7.252,58 Euro

Rimborso del premio puro: $162,67 * (1 - 46\%) * [(120-36)/120] * \min[1; 7.252,58 / 10.000,00] = 44,60$ Euro
 Rimborso dei costi: $162,67 * 46\% * [(120-36)/120] = 52,38$ Euro
 Importo del premio da rimborsare = $44,60 + 52,38 = 96,98$ Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 2,5%.

HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI

Nel caso in cui l'*Aderente* richieda un'estinzione parziale anticipata del mutuo, **le prestazioni assicurate relative al contratto di assicurazione si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.**

La Compagnia procede in modo differenziato, in base al tipo di prestazione cui il *premio* si riferisce, alla restituzione del *premio* stesso:

▪ Protezione del Debito residuo

La Compagnia rimborsa la parte di *premio* pagato e non goduto (al netto delle imposte governative) relativa alla garanzia in caso di *Invalità Permanente Totale* da *infortunio* o da *malattia* (IPT) e che si riferisce ai mesi mancanti alla scadenza contrattuale, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale anticipata del Mutuo, secondo la seguente formula:

$$R_{PD}P = \text{Frazione}/\text{Durata} \times \text{Premio}_{PD} \times \text{Quota}$$

dove:

$R_{PD}P$ = parte di *premio* relativo alla garanzia IPT rimborsato in caso di estinzione parziale;

Frazione = tempo che intercorre tra la data di estinzione parziale del mutuo e la scadenza contrattuale originaria, espresso in mesi;

Durata = durata contrattuale, espressa in mesi;

Premio_{PD} = *premio* versato relativo alla garanzia suindicata che tiene conto di eventuali precedenti estinzioni parziali;

Quota = rapporto tra l'importo rimborsato anticipatamente dall'*Assicurato* e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al Mutuo al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal *piano di ammortamento* originario. In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al Mutuo richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

▪ Protezione della Rata del Mutuo

Qualora l'estinzione anticipata parziale avvenga nei primi dieci anni dalla decorrenza della polizza, la Compagnia rimborsa la parte di *premio* pagato e non goduto (al netto delle imposte governative), relativa alle garanzie *Inabilità Temporanea Totale* (ITT), Perdita involontaria dell'impiego (PII) e/o *Ricovero ospedaliero per Grandi interventi chirurgici* (GIC), riferita ai mesi mancanti alla scadenza del decimo anno, calcolata a decorrere dal giorno di estinzione parziale del Mutuo, secondo la seguente formula:

$$R_{PR}P = T/120 \times \text{Premio}_{PR} \times \text{Quota}$$

dove:

$R_{PR}P$ = parte del *premio* relativo alle garanzie per la protezione della rata rimborsato in caso di estinzione totale;

T = tempo intercorrente tra la data di estinzione parziale del mutuo e quella di scadenza del 10° anno dalla decorrenza della polizza, espresso in mesi;

Premio_{PR} = *premio* versato relativo alla garanzia suindicata al netto delle imposte governative.

Quota = rapporto tra l'importo rimborsato anticipatamente dall'*Assicurato* e l'importo corrispondente al debito residuo relativo al Mutuo al momento dell'estinzione parziale, calcolato secondo le condizioni previste dal *piano di ammortamento* originario. In caso di copertura assicurativa attivata per un capitale inferiore al Mutuo richiesto la suddetta quota è ulteriormente riproporzionata alla percentuale assicurata.

Qualora invece l'estinzione anticipata parziale avvenga dopo la scadenza del periodo suindicato, la parte di *premio* annuo, relativo alle garanzie suindicate, corrisposta e non usufruita verrà rimborsata - **al netto delle imposte governative** - in base alla quota estinta anticipatamente ed al periodo che intercorre tra la data di estinzione parziale del Mutuo e il termine dell'annualità assicurativa in corso.

Per le polizze di durata superiore a 10 anni, sia qualora l'estinzione anticipata avvenga prima della scadenza del decimo anno dalla decorrenza di polizza sia qualora ciò avvenga dopo tale data, sarà calcolato un nuovo *premio* annuo in funzione della nuova rata assicurata a seguito della estinzione parziale.

Esemplificazione relativa al calcolo del <i>premio</i> da rimborsare a seguito di estinzione Parziale del Mutuo	
Durata Polizza	180 mesi (15 anni)
Capitale iniziale assicurato (<i>premio</i> non finanziato)	100.000 Euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	645 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia <i>Invalidità Permanente Totale</i> (IPT)	1.184 Euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzie <i>Inabilità Temporanea Totale</i> (ITT)	883 Euro
Data dell'estinzione	60 mesi dalla decorrenza
Durata residua della polizza in mesi	120 mesi
Debito Residuo del mutuo ante estinzione anticipata*	69.936 Euro
Importo estinto anticipatamente	10.000 Euro
Rateo di <i>premio</i> da restituire Garanzia IPT (Helvetia Italia Assicurazioni)	113 Euro
Rateo di <i>premio</i> da restituire Garanzia ITT (Helvetia Italia Assicurazioni)	63 Euro

* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

In caso di estinzione parziale della polizza nella determinazione del *premio* ($Premio_D$, $Premio_{PD}$ e $Premio_{PR}$) da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

L'*Aderente* ha tuttavia facoltà di proseguire l'*assicurazione* per la durata residua e alle condizioni originariamente pattuite (senza richiedere un riproporzionamento delle prestazioni assicurate), **dandone comunicazione scritta a BCC Vita e a Helvetia Italia Assicurazioni al momento dell'estinzione parziale del Mutuo.**

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

Nei casi in cui l'*Aderente* chieda che l'estinzione parziale abbia effetto esclusivamente con riferimento alla durata del mutuo e non all'ammontare del debito residuo, non è invece dovuto il rimborso della parte di *premio* pagato e non goduto, in quanto le coperture assicurative saranno comunque prestate fino alla scadenza originaria del mutuo stesso.

TITOLO IV) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E DENUNCIA DEL SINISTRO

ART. 11 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni per le garanzie *Invalidità Permanente Totale* da infortunio o *malattia*, *Inabilità Temporanea Totale* da infortunio o *malattia*, Perdita involontaria dell'impiego e *Ricovero Ospedaliero* per *Grandi interventi chirurgici* è l'*Assicurato* stesso.

Per la garanzia *Morte* l'*Aderente* designa i *Beneficiari* della prestazione erogata dalla Compagnia per il caso morte.

L'*Aderente* può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata. La designazione dei *Beneficiari* e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto a BCC Vita. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'*Assicurato*, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei *Beneficiari* la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

La designazione dei *Beneficiari* non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che l'*Assicurato* ed i *Beneficiari* abbiano dichiarato per iscritto a BCC Vita, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento, i *Beneficiari* abbiano comunicato per iscritto a BCC Vita di voler profittare del beneficio.

ART. 12 - DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di *sinistro*, l'*Aderente* e/o l'*Assicurato* e/o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alle *Compagnie* entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del *sinistro*.

Ai fini dell'avviso scritto di *sinistro*, l'*Aderente* e/o l'*Assicurato* e/o i suoi aventi causa devono compilare debitamente l'apposito modulo, reperibile presso la *Banca*, e inviare lo stesso a:

- ♦ BCC Vita S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano, per l'*assicurazione* in caso di *Morte*;

- ♦ **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., Via G.B. Cassinis, 21, 20139 Milano, per tutte le altre garanzie**, con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione di cui ai successivi artt. 34 e 40 per il caso di *Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia*, al successivo art. 54 per il caso di *Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia*, al successivo art. 59 per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego e al successivo art. 64 per il caso di *Ricovero Ospedaliero per Grandi interventi chirurgici*.

In casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, le Compagnie potranno richiedere ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di sinistro.

Una volta avvenuto il pagamento dell'*indennizzo* relativo alle rate del mutuo 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*.

Le Compagnie potranno, in ogni momento, richiedere all'Aderente e/o all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

Le Compagnie si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro nonché copia del contratto di mutuo. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

La Compagnia che presta la specifica Copertura esegue il pagamento dell'*indennizzo* entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del *sinistro*, specificata agli articoli "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi" riguardanti ogni garanzia.

Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

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

Relativamente alla e garanzie da Helvetia Italia Assicurazioni In caso di *sinistro* l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Compagnia. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

TITOLO V) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alle Compagnie dell'esistenza di queste ultime.

ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

Le imposte relative alle garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni del presente contratto di assicurazione sono a carico dell'Aderente.

ART. 16 - ADESIONE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'adesione da parte dei clienti della Contraente che sottoscrivono con la stessa un contratto di mutuo è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

ART. 17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 18 - COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente e/o alle Compagnie, con riferimento alla presente Polizza, dovranno essere effettuate per mezzo di raccomandata A.R. o tramite pec.

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

ART. 19 - 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 Copertura di cui alla presente Polizza.

ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le *Compagnie* rinunciano al diritto di surroga ex art. 1916 Codice civile, **salvo il caso di dolo**, verso tutti i conviventi dell'*Assicurato*.

ART. 21 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'*Assicurato* o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal *contratto assicurativo*.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA

L'*Assicurato* libera dal segreto professionale, relativamente al *sinistro* formante oggetto di questa *assicurazione*, i medici che lo hanno visitato o curato prima del *sinistro*.

ART. 23 - CONTROVERSIE

Qualora tra l'*Assicurato* e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. insorgano eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro* dovuto a *infortunio* o *malattia* e sulla misura dell'indennizzabilità dell'*infortunio* o della *malattia*, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'*Assicurato*, ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'*Assicurato*, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 24 - TERMINI DI PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalla Copertura Vita si prescrivono nel termine di dieci anni (art. 2952, secondo comma Codice civile) dalla data in cui possono essere fatti valere.

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 Codice civile.

ART. 25 - CONFLITTO DI INTERESSI

Le *Compagnie* forniscono informazioni sul *conflitto di interessi*, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sui propri siti internet www.bccvita.it e www.helvetia.com

Le *Compagnie*, in ogni caso, operano in modo da non recare pregiudizio agli interessi dell'*Aderente/Assicurato*.

ART. 26 - MODIFICHE ALLA POLIZZA

Le eventuali modifiche alla presente Polizza o a ciascuna delle Coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le Coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

ART. 27 - COLPA GRAVE, TUMULTI

In deroga all'art. 1900 Codice civile, le Coperture si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'*Assicurato*. In deroga all'art. 1912 Codice civile le Coperture si estendono ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'*Assicurato* non vi abbia preso parte attiva.

SEZIONE PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO

TITOLO VI) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Il presente Contratto di Assicurazione prevede, in caso di *decesso* dell'*Assicurato*, che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e prima del compimento del 80° anno di età dell'*Assicurato*, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'*Assicurato*, il pagamento, in unica soluzione, da parte di BCC Vita della prestazione assicurata ai *Beneficiari*, fermo restando le limitazioni previste al successivo art. 29 “Esclusioni, limitazioni e *periodo di carenza*”.

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del mutuo in linea capitale alla data del *decesso*, secondo l'originario *piano di ammortamento* (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa), diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e dei relativi interessi di mora e spese accessorie.

Il *premio unico* può essere finanziato, per cui il capitale iniziale verrà incrementato, per ciascun *Assicurato*, del premio relativo alle coperture assicurative.

La prestazione in caso di *decesso* non potrà superare 250.000,00 Euro qualora l'*Assicurato* abbia sottoscritto il solo Questionario Sanitario. Per capitali superiori 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.

Il capitale di 500.000 Euro deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a contratti di mutuo di cui al presente contratto) che l'*Assicurato*, o gli *Assicurati*, avessero contemporaneamente in corso per lo stesso prodotto con BCC Vita.

In caso di mutui con importo erogato superiore al capitale assicurato, in caso di sinistro per *Morte*, BCC Vita liquiderà un capitale quantificato applicando al residuo del debito in linea capitale (così come risultante dal contratto di mutuo) la percentuale convenuta in fase di sottoscrizione.

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

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

In caso di estinzioni parziali del contratto di mutuo che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'*Assicurato*, la prestazione assicurata è conseguentemente ridotta.

La prestazione assicurata verrà liquidata da BCC Vita ai *Beneficiari* come previsto dall'art. 11 “*Beneficiari delle prestazioni*” che precede.

Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 29 - ESCLUSIONI, LIMITAZIONI E PERIODO DI CARENZA

A) ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 28 “Prestazioni assicurate” sono garantite qualunque possa essere la causa del *decesso* dell'*Assicurato* senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della copertura assicurativa. È escluso dalla garanzia soltanto il *decesso* causato da:

1. partecipazione attiva dell'*Assicurato* a delitti dolosi;
2. partecipazione attiva dell'*Assicurato* a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
3. guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
4. suicidio dell'*Assicurato* o atti di autolesionismo dell'*Assicurato*, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;
5. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
6. 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*;

7. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
8. volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
9. infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di *infortunio* occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di *infortunio* occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
10. malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
11. dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

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.

B) PERIODO DI CARENZA

Qualora il *decesso* dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dall'Aderente, BCC Vita 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 di assicurazione* 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 di assicurazione*: 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.

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

Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 30 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Per tutti i pagamenti di BCC Vita 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'Aderente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di *liquidazione* presentata e sottoscritta dai *Beneficiari* di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i *Beneficiari*. Se il *Beneficiario* è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (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'interessatario 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 e il grado di parentela degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i *Beneficiari* designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità e il grado di parentela degli eredi legittimi dell'*Assicurato* (se sono i *Beneficiari* designati in polizza).

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

- in caso di *Beneficiario* 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 al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
- il *piano di ammortamento* originario (definito alla sottoscrizione della copertura assicurativa) che indichi: il TAN iniziale e 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 dell'*Aderente* e/o dei *Beneficiari* al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

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

La liquidazione dei sinistri verrà effettuata da BCC Vita S.p.A. entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

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

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

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

TITOLO VII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO (GARANZIA ATTIVA PER TUTTI GLI ASSICURATI)

Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO

ART. 31 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI

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 dell'*infortunio* secondo l'originario piano di ammortamento del mutuo, **rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel Modulo di Adesione** 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 due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale**.

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.

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

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. 32 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Se l'*infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella tabella di cui all'allegato A (Tabella INAIL) al D.P.R. 30/6/65 n° 1124 relativo alle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente, 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 dell'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%.

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.

Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 33 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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*;
- b) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- c) azioni delittuose compiute o tentate dall'*Assicurato*;
- d) 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);
- e) guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto all'art. 31;
- f) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- g) infarti e/o ernie;
- h) rotture sottocutanee di tendini;
- i) *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- j) sindromi organiche cerebrali.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

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

La garanzia non vale infine per gli infortuni derivanti:

- a) 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),
- b) dalla pratica degli sport pericolosi di seguito indicati: 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.
- c) Dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 34 - 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 dello stesso 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:

- 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;**
- 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;**
- 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;**
- 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;**
- 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. 35 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLA MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 38 "Criteri generali di indennizzabilità per invalidità da *infortunio*" e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati. Helvetia Italia Assicurazioni si 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. 36 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente Totale 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, Helvetia Italia Assicurazioni, 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 dall'art. 34 "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 di Helvetia Italia Assicurazioni, 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.

TITOLO VIII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA (GARANZIA ATTIVA PER TUTTI GLI ASSICURATI)

Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO

ART. 37 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI

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 assicurativo*;
- b. sia trascorso il **periodo di carenza di 30 (trenta) giorni** e comunque non oltre la data di cessazione del *contratto assicurativo*.

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

ART. 38 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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 sull'invalidità da esse 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*.

Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 39 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

L'*assicurazione* non è operante nel caso in cui l'*Invalidità Permanente Totale* 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 assicurativo (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 assicurativo* 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 ed insurrezioni;
- j) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico.

Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 40 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

L'*Assicurato* o altra persona in sua vece deve:

1. denunciare la *malattia* - con le modalità indicate al precedente art. 34 "Denuncia del *sinistro* e obblighi relativi" - 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;
2. inviare a Helvetia Italia Assicurazioni la certificazione medica sulla natura della *malattia*;
3. 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;
4. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
5. fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della *malattia* denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
6. nei casi diversi dal punto 5., richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nell'art. 41 "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.

Le spese relative ai certificati medici e a 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. 41 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLA MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 38 "Criteri di indennizzabilità" **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. 42 - 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 che 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. 40 "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 alla 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.

TITOLO IX) NORME COMUNI ALLA ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO E ALLA ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

ART. 43 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del *sinistro* per *Morte da infortunio* o *Invalidità Permanente Totale 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. 44 - NON CUMULABILITÀ

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

ART. 45 - 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*.

SEZIONE PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO

TITOLO X) NORME COMUNI ALLE ASSICURAZIONI A PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO

Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO

Art. 46 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le prestazioni offerte dalla presente Sezione consistono nel pagamento dell'indennità prevista dalla garanzia attivata in funzione della Categoria professionale dell'Assicurato indicata nel *Modulo di Adesione*, **a condizione che siano decorsi i periodi di carenza e di franchigia stabiliti e fermi restando i limiti massimi di indennizzo indicati nelle 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 Grandi interventi chirurgici*.

Art. 47 - MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE

In caso di modifica della Categoria professionale nel corso dell'assicurazione, l'Aderente o l'Assicurato devono darne tempestiva comunicazione a Helvetia Italia Assicurazioni. Qualora la nuova Categoria professionale comporti una diversa garanzia – secondo la Tabella di cui all'art. 46 – la Compagnia adeguerà il **contratto assicurativo** in base al nuovo status lavorativo.

Qualora l'Aderente o l'Assicurato non accettino le nuove condizioni, il **contratto assicurativo** s'intenderà risolto dalla data di comunicazione del nuovo status lavorativo e la Compagnia rimborserà la parte di **premio** non usufruita con le modalità previste dall'art. 5 "Decorrenza e durata".

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

Capitolo 2 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 48 - 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:

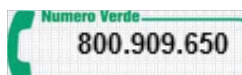
Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano

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 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. 54 per il caso di *Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia*, all'art. 59 per il caso di Perdita Involontaria dell'Impiego e all'art. 64 per il caso di *Ricovero Ospedaliero per Grandi interventi chirurgici*.

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. 49 - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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. 50 - 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 rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

TITOLO XI) ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (GARANZIA ATTIVA SOLO PER I LAVORATORI AUTONOMI)

Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO

ART. 51 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI

Nel caso di *Inabilità Temporanea Totale* da *infortunio* o *malattia*, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponderà l'*indennizzo* di cui all'art. 52 a condizione che:

- a) l'*Inabilità Temporanea Totale* si sia verificata durante il periodo in cui l'*assicurazione* è efficace ai sensi dell'art. 5 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. 53;
- d) l'*Assicurato* e/o i suoi aventi causa e/o l'*Aderente* abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 48.

ART. 52 - INDENNIZZO

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. Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per *sinistro*.

Inoltre, per le sole polizze con durata poliennale, il numero massimo di indennizzi da corrispondere per tutta la durata della garanzia non potrà essere superiore a 60 (sessanta).

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 53 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Sono esclusi i casi di *Inabilità Temporanea Totale* causati da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del *contratto assicurativo* (*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 della 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 Temporanea Totale*.

Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 54 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del *sinistro*, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente art. 48 "Denuncia del *sinistro* e obblighi relativi" 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*).

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. 55 - 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.

TITOLO XII) ASSICURAZIONE PER LA PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO (GARANZIA ATTIVA SOLO PER I LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO)

Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO

Art. 56 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI

Nel caso di Perdita Involontaria dell'Impiego, Helvetia Italia Assicurazioni corrisponderà l'*indennizzo* di cui all'art. 57 a condizione che:

- 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. 5 delle Condizioni di assicurazione;
- 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*;
- il *sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 58;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 48.

Art. 57 - INDENNIZZO

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. 56.

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per *sinistro*.

Inoltre, per le sole polizze con durata poliennale, il numero massimo di indennizzi da corrispondere per tutta la durata della garanzia non potrà essere superiore a 60 (sessanta).

Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Art. 58 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Nessun *indennizzo* sarà corrisposto da Helvetia Italia Assicurazioni per il caso di Perdita Involontaria d'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;

- 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 Adesione** l'**Assicurato** era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 59 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del **sinistro**, l'**Assicurato** deve allegare al modulo di cui al precedente art. 48 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 a Helvetia Italia Assicurazioni le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'**assicurazione**.

ART. 60 - SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun **indennizzo** verrà corrisposto per successivi Sinistri di **Disoccupazione** se, dal termine del **sinistro** precedente, non è trascorso un **periodo di riqualificazione** di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'**Assicurato** sia ritornato ad essere **Lavoratore dipendente** ed abbia superato il periodo di prova.

TITOLO XIII) 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 DELL'IMPIEGO, PER IL LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO)

Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO

Art. 61 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI

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. 62 a condizione che:

- a) il **ricovero ospedaliero** si sia verificato durante il periodo in cui l'**assicurazione** è efficace ai sensi dell'art. 5 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. 63;
- d) l'**Assicurato** e/o i suoi aventi causa abbiano adempiuto gli obblighi di cui al precedente art. 48.

Art. 62 - INDENNIZZO

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;

Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA**Art. 63 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI**

La garanzia non è operante se il *Grande intervento chirurgico* è causato da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del *contratto assicurativo* (*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 Temporanea Totale*.

Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**Art. 64 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO**

Ai fini della denuncia del *sinistro*, l'*Assicurato* e/o l'*Aderente* deve allegare al modulo di cui al precedente art. 48 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. 65 - 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 giorni		
Carenza:	30 giorni 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 giorni	
Periodo di Riqualificazione		30 giorni	
Limite di indennizzo:		Sino a 15 rate per sinistro per Mutui ipotecari, Massimo 60 rate per la durata di tutte le garanzie	
		90 giorni	
G.I.C.	Garanzia SEMPRE operante	Garanzia SEMPRE operante	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 giorni	5 giorni	5 giorni
Carenza:	30 giorni 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

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.
- Tromboendoarteriectomia 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 – APMR010

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 il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

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

- 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 ritardo 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 FINALITA' DEL TRATTAMENTO

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

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

Previo consenso facoltativo e specifico dell'interessato:

3. **per finalità di marketing e commerciali effettuate dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁶, ai fini, ad esempio, di invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente.
4. **per finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare**, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata. In particolare, definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di inviare comunicazioni personalizzate e poter offrire proposte coerenti con le sue necessità e caratteristiche.
5. **per l'invio per finalità di marketing, effettuato dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (editoria, *automotive* servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, *information technology*, telecomunicazioni, trasporti, energia).
6. **per finalità di marketing di altre Società del Gruppo, nonché di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate al punto 5) ai quali il Titolare potrà comunicare i dati**. Detti soggetti tratteranno i dati per proprie finalità di *marketing* (effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale), per le quali riceverà dagli stessi, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE

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

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

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;

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

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

COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti 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:

o per i trattamenti facoltativi di cui ai punti 3, 4, 5, 6 è possibile esercitare, in ogni momento il diritto di revoca del consenso, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia. Il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività sopradescritte,

ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;

o fermo quanto indicato nel paragrafo “Modalità di Trattamento e tempi di conservazione” detti consensi facoltativi vengono meno solo a seguito di revoca del consenso dell’interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

Proposta di Adesione alle Polizze Assicurative **Protezione Mutuo** N. **30000365** e N. **100.1.000.804** stipulate tra la Banca di Credito Cooperativo di Roma e le Compagnie BCC Vita S.p.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

PROPOSTA N. «NUMERO_PROPOSTA»

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 (euro)	di cui Imposte (euro)
Protezione del debito residuo del finanziamento	☐ Morte per tutte le cause	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:	(anni/mesi/giorni)	
Tipo:	Importo erogato: (euro)	Capitale Richiesto/ Debito Residuo (euro):	% da assicurare:	
Rateazione:	TAN:	Ente erogante:		

Premio (in euro)

Premio Lordo Totale:	di cui Imposte:		
di cui Premio Lordo Vita:	Costi a carico dell'Aderente:	di cui importo percepito dall'intermediario:	
di cui Premio Lordo Danni:	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:	IBAN:

PRP-APMR010_0721

L'aliquota provvisoria riconosciuta sul prodotto all'Intermediario, è pari al 35% del premio imponibile per la componente Danni e al 30% del premio per la componente Vita.

Pagina 1 di 3

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. Cassini, 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

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_APMR010_2021/07, DIP Danni Cod. DIPD_APMR010_2021/07, DIP Aggiuntivo Multirischi Cod. DIP_AGG_APMR010_2021/07, Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario Cod. CGA_APMR010_2021/07 e fac-simile Modulo di Proposta Cod. PRP_APMR010_0721.

L'Aderente dichiara inoltre di aver ricevuto le Informativa 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 riguardano 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 riguardano 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

Condizioni valide solo in caso di polizza di durata poliennale ed 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

E' 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

E' 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.

Autorizzazioni dell'Aderente e dell'Assicurato

MODALITÀ DI ADDEBITO

L'Aderente delega la Banca di Credito Cooperativo di Roma ad effettuare il pagamento del premio delle presenti polizze assicurative in favore delle compagnie BCC VITA S.p.A. e HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI S.p.A.

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

Spazio Riservato all'Incaricato della Banca

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione del sottoscrittore, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, 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