BCC Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

SET INFORMATIVO

"Mutuo Assicurato."

(Contratto di Assicurazione Collettiva temporanea per il caso di morte ed invalidità totale e permanente a premio mensile e a copertura del debito residuo per i mutui erogati)

(CODICE TARIFFA 4C27U)

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Vita
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario
- Facsimile del Modulo di Adesione

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

Assicurazione temporanea per il caso di morte

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

BCC Vita S.p.A.

Prodotto: Mutuo Assicurato

Data di aggiornamento: 19/10/2021 - 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?

È una polizza collettiva temporanea per il caso di morte ed invalidità totale e permanente a premio mensile e a copertura del debito residuo per i mutui erogati.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

✓ Sono assicurabili i mutui chirografari, ipotecari prima casa, prestiti al consumo o finanziamento fondiario e accolli di mutui già esistenti:

- ✓ **Prestazione in caso di decesso**: in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto un importo pari al debito residuo in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data del sinistro e calcolato al mese precedente.
- ✓ **Prestazione in caso di invalidità totale permanente (ITP)**: in caso di sopraggiunta invalidità totale e permanente dell'Assicurato (di grado uguale o superiore al 66%) nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà agli aventi diritto un importo pari al debito residuo in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data di riconoscimento dell'ITP da parte degli Enti preposti, e calcolato al mese precedente.

✓ **Capitale Assicurato**:

- ✓ Il capitale assicurato è determinato sulla base del mutuo stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data del sinistro e calcolato al mese precedente.
- ✓ Il capitale massimo assicurabile non può superare l'importo di € 206.583,00 per il complesso dei mutui dallo stesso stipulati con la BCC.

Che cosa NON è assicurato?

× Non ci sono garanzie escluse dalla copertura assicurativa.

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

Ci sono limiti di copertura?

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 trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- ! infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, 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.

È escluso dalla garanzia ITP solo i casi che si siano verificati in conseguenza diretta o indiretta di:

- ! partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ! abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- ! operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- ! 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.);
- ! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- ! svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- ! 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;
- ! dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

- ! Sono previste Condizioni di Carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.

Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'assicurato deve sottoscrivere il modulo di adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario sanitario nelle modalità previste nel DIP Aggiuntivo.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
  - Trasferimento di domicilio/sede dell'Assicurato/Contraente in uno stato estero;
  - Trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;

- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare, tramite addebito sul proprio Conto Corrente, all'Intermediario un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo mensile.
- Il premio mensile, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate ed all'ammontare del capitale assicurato (debito residuo alla fine del mese precedente alla data di versamento del premio).
- Con riferimento alle sole nuove sottoscrizioni del mese, il primo premio da versare viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura assicurativa riportata sul Modulo di Adesione e la data di fine mese.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Mutuo concesso a ciascun Assicurato o del giorno di comunicazione alla BCC (Banca facente parte della Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo) dell'intervenuto accollo del mutuo, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
- La durata dell'assicurazione, ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa, è mensile con tacito rinnovo mensile e corrisponde a quella del Contratto di Mutuo.
- Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
  - scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
  - alla data di accollo da parte di altri soggetti con conseguente trasferimento della copertura assicurativa, fermo restando i requisiti soggettivi;
  - in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo originariamente stipulato, la copertura rimane in vigore fino al termine del mese in cui ricorre l'estinzione;
  - alla data del decesso.
  - alla data di riconoscimento dell'ITP da parte degli Enti preposti che determini il successivo pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia. 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;
- Il Contraente/Assicurato deve avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora il Contraente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.

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

- L'assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione dello stesso.
- A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le Parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
- Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia.
- I singoli Assicurati, possono esercitare con le medesime modalità il diritto di recesso entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

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

Assicurazione temporanea per il caso di morte

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

BCC Vita S.p.A.

Prodotto: Mutuo Assicurato

Data di aggiornamento: 19/10/2021 - Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

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

BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni. Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia; Tel. 02466275; sito internet: www.bccvita.it; e-mail: info@bccvita.bcc.it; PEC: bccvita@pec.gruppocattolica.it; Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002; Iscrizione all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00143.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- Sono assicurabili con la presente copertura le operazioni di prestito personale contratte sotto forma di mutuo chirografario, ipotecario prima casa, prestito al consumo o finanziamento fondiario (di seguito denominata per brevità "mutuo"), offerte dalle Banche facenti parte della Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo (di seguito denominate per brevità "BCC").
- Per una stessa operazione di mutuo possono essere assicurate più persone, a condizione che siano cointestatarie di un mutuo per averlo contratto ovvero accollato congiuntamente.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Condizioni di carenza:

- Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
- Qualora l'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

- Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:
  a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
  b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
  c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A. – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

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

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

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato

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

In caso di decesso

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

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

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

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

In caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dall'Assicurato;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'Invalidità Totale Permanente accompagnata dai suddetti documenti.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 66%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.

Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 66% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.

Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 66%, ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 66%, la Compagnia accerta l'ITP.

In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporrel'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.

Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione; in particolare l'Intermediario si impegna a fornire una dichiarazione che indichi l'ammontare del debito residuo alla data di accertamento dello stato di ITP dell'Assicurato, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.

La Compagnia potrà richiedere una comunicazione dell'Intermediario indicante il debito residuo al momento del sinistro dell'assicurato unitamente al piano di ammortamento contenente tutte le rate pagate fino al verificarsi dell'evento.

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

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

	protezione dei dati personali. Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.
	Liquidazione della prestazione: Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare. La liquidazione dei sinistri verrà effettuata alla BCC entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. La suddetta documentazione deve essere inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dal Beneficiario alla Compagnia mediante una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI). Eventuali interessi derivanti da un ritardo nella comunicazione del sinistro alla Compagnia nonché tutti i costi necessari per la produzione della documentazione suindicata non sono imputabili per alcuna ragione alla Compagnia.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • di trattenere il premio. HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni assicurate, in base alla data di nascita effettiva.

Quando e come devo pagare?

Premio	• Il pagamento di ciascun premio sarà effettuato dall'Intermediario, per nome e per conto dell'Assicurato (il quale sostiene il costo), alla Compagnia tramite bonifico bancario. • Il versamento del premio di perfezionamento e dei successivi premi, avviene tramite Autorizzazione di addebito in conto corrente dell'Assicurato che viene sottoscritta nel Modulo di Adesione; tale autorizzazione implica l'addebito del premio di assicurazione presso la BCC. • Nel caso in cui venisse estinto il conto corrente di appoggio utilizzato per l'addebito automatico di cui sopra, l'Assicurato dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI)
Rimborso	Nel caso di recesso dell'Assicurato entro 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto - entro 30 giorni dal ricevimento della

	comunicazione di recesso.
Sconti	Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Ove vi siano più Assicurati cointestatari del mutuo, la cessazione per uno di essi dell'Assicurazione non pregiudica la continuazione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti.
Sospensione	L'Assicurato ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi. In tal caso le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino al momento della risoluzione.

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

Revoca	Non è prevista la revoca per l'Assicurato.
Recesso	• L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. . Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia. • La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di conclusione del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida. • Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto. • L'assicurato ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio, al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dalla Compagnia per l'emissione del contratto.
Risoluzione	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- sono correntisti di una BCC (Banca facente parte della Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo) e che contraggono un mutuo (operazione di prestito personale contratta sotto forma di mutuo chirografario, ipotecario prima casa, prestito al consumo o finanziamento fondiario)presso la medesima BCC,
- alla sottoscrizione, o a quella dell'accollo di un mutuo già esistente, abbiano un'età compresa tra:
  - minimo 18 e massimo 74 anni (anagrafici);

- L'età massima assicurabile a scadenza è pari:
  - 75 anni assicurativi.

Quali costi devo sostenere?

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

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	28,0% del premio mensile

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

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

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

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

- **Costi di intermediazione:**
  Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente contratto:

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sul premio mensile	28,0%	35,7%

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail reclami@bccvita.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impesa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposta sui premi I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. I premi relativi alla garanzia complementare infortuni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%. Detraibilità e deducibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente 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). 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.

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE E PERMANENT E A PREMIO MENSILE E A COPERTURA DEL DEBITO RESIDUO PER I MUTUI EROGATI

(CODICE TARIFFA 4C27U)

BCC Vita - (Tariffe 4C27U)

[Data di aggiornamento: 19/10/2021]

INDICE

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO **2**
Art. 1 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA 2
Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE 2
1.1 Prestazione assicurate in caso di decesso dell'Assicurato. 2
1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato. 2
1.3 Prestazioni assicurate in caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato. 2
SEZIONE II) CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO **2**
Art. 3 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO 2
Art. 4 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO 3
Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE 3
SEZIONE III) PREMIO ASSICURATIVO E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO **3**
Art. 6 IL PREMIO 3
Art. 7 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO 3
SEZIONE IV) CAPITALE ASSICURATO, LIMITI DI INDENNIZZO, ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA **4**
Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO 4
Art. 8 CAPITALE ASSICURATO E LIMITI DI INDENNIZZO 4
Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA 4
Art. 9 RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA 4
Art. 7.1 - Rischio invalidità totale permanente – Esclusioni. 5
SEZIONE V) CESSAZIONE DELLA GARANZIA, COSTI, REQUISITI SOGGETTIVI E DURATA **6**
Art. 10 CESSAZIONE DELLA GARANZIA PER IL CASO DI MORTE E PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA 6
Art. 11 COSTI 6
11.1 Costi sul premio 6
Art. 12 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ 7
Art. 13 DURATA DEL CONTRATTO 7
Art. 14 CONFLITTO DI INTERESSI 7
SEZIONE VI) COSA FARE IN CASO DI EVENTO **7**
Art. 15 DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE 7
SEZIONE VII) BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE **9**
Art. 16 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE 9
SEZIONE VIII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA' **9**
Art. 17 IMPOSTE E TASSE 9
Art. 18 FORO COMPETENTE 10
Art. 19 PRESCRIZIONE 10
Art. 20 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO 10
GLOSSARIO **11**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE E PERMANENT E A PREMIO MENSILE E A COPERTURA DEL DEBITO RESIDUO PER I MUTUI EROGATI

(CODICE TARIFFA 4C27U)

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO

Che tipo di assicurazione è?
È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte e di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento in forma di Mutuo.

Art. 1 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio mensile, di durata mensile e con tacito rinnovo mensile, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato o di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato stesso (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva), garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato così come definito all'Art. 8 - CAPITALE ASSICURATO E LIMITI DI INDENNIZZO.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte e in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione del Questionario Sanitario.
Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, il presente contratto non produrrà effetti.

Il rischio morte e il rischio ITP è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 9 - RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA, senza limiti territoriali e fatto salvo quanto previsto dall'art. 1926 cod. civ sul cambiamento di professione dell'Assicurato.

Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE

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

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

1.3 Prestazioni assicurate in caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato.
Il presente contratto di assicurazione garantisce, in caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati pari al debito residuo in linea capitale rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data di riconoscimento dell'ITP da parte degli Enti preposti, e calcolato al mese precedente.

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

Art. 3 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

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

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Mutuo concesso a ciascun Assicurato o del giorno di comunicazione alla BCC (Banca facente parte della Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo) dell'intervenuto accollo del mutuo, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.
Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione produrrà

effetti dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione del giorno di decorrenza.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Art. 4 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

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

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

Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione dello stesso.
Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. . Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di conclusione del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le Parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla naturale scadenza (fine del mese della data di effetto del recesso).

I singoli Assicurati, possono esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.
La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

SEZIONE III) PREMIO ASSICURATIVO E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

Art. 6 IL PREMIO

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare, tramite addebito sul proprio Conto Corrente, all'Intermediario un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo mensile.
Il pagamento di ciascun premio sarà effettuato dall'Intermediario, per nome e per conto dell'Assicurato (il quale sostiene il costo), alla Compagnia tramite bonifico bancario.

Il premio mensile, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate ed all'ammontare del capitale assicurato (debito residuo alla fine del mese precedente alla data di versamento del premio).

Con riferimento alle sole nuove sottoscrizioni del mese, il primo premio da versare viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura assicurativa riportata sul Modulo di Adesione e la data di fine mese.

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

Il versamento del premio di perfezionamento e dei successivi premi avviene tramite Autorizzazione di addebito in conto corrente dell'Assicurato che viene sottoscritta nel Modulo di Adesione; tale autorizzazione implica l'addebito del premio di assicurazione presso la BCC.

Nel caso in cui venisse estinto il conto corrente di appoggio utilizzato per l'addebito automatico di cui sopra, l'Assicurato dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a:

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

Art. 7 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

- **di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**
- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;**
- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**
- **di trattenere il premio.**

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

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

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

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

Art. 8 CAPITALE ASSICURATO E LIMITI DI INDENNIZZO

Il capitale assicurato è determinato sulla base del mutuo (operazione di prestito personale contratta sotto forma di mutuo chirografario, ipotecario prima casa, prestito al consumo o finanziamento fondiario) stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo in linea capitale (di seguito denominato per brevità "debito residuo") rilevato dal piano di ammortamento, risultante alla data del sinistro e calcolato al mese precedente.

Per ciascun singolo Assicurato, il capitale massimo assicurabile non può superare l'importo di € 206.583,00 (duecentoseimilacinquecentottantatre/00) per il complesso dei mutui dallo stesso stipulati con la BCC.

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

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Art. 9 RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA

A. ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

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

- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
- **svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose,controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.**

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

Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
Qualora l'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.
Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

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

Art. 7.1 - Rischio invalidità totale permanente – Esclusioni.

Sono esclusi dalla garanzia i casi di ITP che si siano verificati in conseguenza diretta o indiretta di:

- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
- **abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;**
- **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**

- **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.);**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;**
- **svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;**
- **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;**
- **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.**

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

Art. 10 CESSAZIONE DELLA GARANZIA PER IL CASO DI MORTE E PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- **scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;**
- **esercizio del diritto di recesso;**
- **alla data di cessazione del pagamento dei premi;**
- **alla data di accollo da parte di altri soggetti con conseguente trasferimento della copertura assicurativa, fermo restando i requisiti previsti all'Art. 12 - REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ delle Condizioni di Assicurazione;**
- **in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo originariamente stipulato, la copertura rimane in vigore fino al termine del mese in cui ricorre l'estinzione;**
- **alla data del decesso;**
- **alla data di riconoscimento dell'ITP da parte degli Enti preposti che determini il successivo pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia. 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.**

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

Art. 11 COSTI

11.1 Costi sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio mensile corrisposto.
Ogni eventuale onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarranno esclusivamente a carico dell'Assicurato.

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

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	28,00% del premio mensile

****

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo.

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sul premio	28,00%	35,70%

Art. 12 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- **sono correntisti di una BCC (Banca facente parte della Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo) e che contraggono un mutuo (operazione di prestito personale contratta sotto forma di mutuo chirografario, ipotecario prima casa, prestito al consumo o finanziamento fondiario) presso la medesima BCC,**
- **alla sottoscrizione, o a quella dell'accollo di un mutuo già esistente, abbiano un'età compresa tra:**
  minimo 18 e massimo 74 anni (anagrafici);
  L'età massima assicurabile a scadenza è pari:
  75 anni assicurativi.
- **abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione**
- **abbiano sottoscritto, il Questionario Sanitario.**

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

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

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

Art. 13 DURATA DEL CONTRATTO

La durata dell'assicurazione, ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa, è mensile con tacito rinnovo mensile e corrisponde a quella del Contratto di Mutuo.

Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- **scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;**
- **esercizio del diritto di recesso;**
- **alla data di cessazione del pagamento dei premi;**
- **alla data di accollo da parte di altri soggetti con conseguente trasferimento della copertura assicurativa, fermo restando i requisiti previsti all'Art. 12 - REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ delle Condizioni di Assicurazione;**
- **in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo originariamente stipulato, la copertura rimane in vigore fino al termine del mese in cui ricorre l'estinzione;**
- **alla data del decesso;**
- **alla data di riconoscimento dell'ITP da parte degli Enti preposti che determini il successivo pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia. 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.**

Ove vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi dell'Assicurazione non pregiudica la continuazione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti.

Art. 14 CONFLITTO DI INTERESSI

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

SEZIONE VI) COSA FARE IN CASO DI EVENTO

Art. 15 DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

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

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
Il Contraente e/o l'Assicurato e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:

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

In caso di decesso:

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

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

- 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. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

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

In caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia:

- **richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dall'Assicurato;**
- **fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;**
- **copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;**
- **certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;**

- **certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;**
- **ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.**

Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'Invalidità Totale Permanente accompagnata dai suddetti documenti.
Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 66%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.
Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 66% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.
Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 66%, ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 66%, la Compagnia accerta l'ITP.
In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.
Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione; in particolare l'Intermediario si impegna a fornire una dichiarazione che indichi l'ammontare del debito residuo alla data di accertamento dello stato di ITP dell'Assicurato, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.

La Compagnia potrà richiedere una comunicazione dell'Intermediario indicante il debito residuo al momento del sinistro dell'assicurato unitamente al piano di ammortamento contenente tutte le rate pagate fino al verificarsi dell'evento.

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.

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

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

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

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

SEZIONE VII) BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 16 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.
In caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio dell'Assicurato, Beneficiario è l'Assicurato stesso.

L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

SEZIONE VIII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'

Art. 17 IMPOSTE E TASSE

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

Art. 18 FORO COMPETENTE

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

Art. 19 PRESCRIZIONE

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

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

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

Art. 20 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

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

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

ANNO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

APPENDICE

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso insieme o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e il Contraente.

ASSICURATO

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

BENEFICIARIO

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

CAPITALE IN CASO DI DECESSO

Prestazione devoluta al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

CAPITALE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Prestazione liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che hanno come conseguenza un'invalidità totale e permanente così come definita nelle condizioni contrattuali.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in questo periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

COMPAGNIA

Vedi "Società".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

Insieme di tutte quelle situazioni in cui può esserci contrasto fra l'interesse della Compagnia e quello del Contraente.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.

CONTRATTO DI MUTUO

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

CONVENZIONE ASSICURATIVA

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. La Convenzione è stata sottoscritte tra la Compagnia e la Contraente.

COSTI (O SPESE)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.

DEBITO RESIDUO

Quanto residua in linea capitale, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanzia¬rio, al netto di eventuali rate insolute.

DECORRENZA DEL CONTRATTO

Momento in cui il contratto produce i propri effetti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi, secondo la normativa vigente.

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI

Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)

Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

- dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato;
- dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

ESCLUSIONI/LIMITAZIONI

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

FATCA

Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano.
La Compagnia è quindi obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni e una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è inoltre obbligata a effettuare attività di monitoraggio, al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e, conseguentemente, al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

GARANZIA ASSICURATIVA

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.

IMPOSTA SOSTITUTIVA

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche. Gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di

	contratti assicurativi, o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".
LIQUIDAZIONE	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento Assicurato.
MODULO DI ADESIONE	Il modulo sottoscritto da ciascuno degli Assicurati e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.
PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
PIANO DI AMMORTAMENTO	Piano di rimborso del mutuo con l'indicazione della composizione delle singole rate (quota capitale e quota interessi), calcolato al tasso definito nel contratto.
POLIZZA	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
POLIZZA COLLETTIVA	Contratto di assicurazione stipulato da una Contraente costituita da una persona giuridica, quale ad esempio il datore di lavoro o un determinato ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di Assicurati, quali ad esempio i dipendenti dell'azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.
POLIZZA DI PURO RISCHIO	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
PREMIO UNICO	Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del Contratto.
PRESCRIZIONE	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
PRINCIPIO DI COERENZA	Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
PROROGA	Prolungamento del periodo di durata del contratto di assicurazione.
QUESTIONARIO (SANITARIO O ANAMNESTICO)	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
RECESSO (O RIPENSAMENTO)	Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
RICORRENZA ANNUALE	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
RISCHIO DEMOGRAFICO	In base alle statistiche su età, sesso, provenienza sociale e geografica si

	determina il rischio demografico, ovvero la differenza tra la durata della vita di una persona e la durata media della vita della popolazione. Il rischio demografico si verifica sia nel caso in cui la durata della vita dell'assicurato sia inferiore alla media statistica (rischio premorienza), sia nel caso in cui sia superiore (rischio longevità).
SCADENZA	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
SET INFORMATIVO	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: • Dip Vita; • Dip Aggiuntivo Vita; • Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario; • Modulo di adesione.
SINISTRO	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
SOCIETA' (DI ASSICURAZIONE)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
SOSTITUTO D'IMPOSTA	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
SOVRAPPREMIO	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

"Mutuo Assicurato."

Modulo di adesione

Tariffa temporanea monomensile per il caso di morte e di invalidità totale e permanente - Codice Tariffa 4C27U

Convenzione n. ABI:
Banca di Credito Cooperativo:

ASSICURATO

Cognome Nome:
Data di nascita: Codice Fiscale:
Luogo di nascita: Prov: Sesso:
Professione - Sottogruppo: Ramo attività:

DATI COPERTURA ASSICURATIVA

Numero Mutuo: Data di Stipula Mutuo:
Data di decorrenza copertura assicurativa:
Età assicurativa:

Capitale Assicurato alla data di decorrenza della copertura: €
(ai sensi dell'articolo 8 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio valido fino alla fine del mese di decorrenza: €
Il premio esposto è calcolato in pro rata temporis sulla base del capitale sopra riportato ed è valido per il periodo di copertura intercorrente tra la data di decorrenza della stessa e l'ultimo giorno del medesimo mese.
Per ogni mese di copertura successivo al primo, il premio sarà calcolato prendendo in considerazione il debito residuo rilevato alla fine del mese precedente alla data di versamento del premio.

Esclusioni/Limitazioni: si rimanda all'Articolo 9 delle Condizioni di Assicurazione.

PRESTAZIONI CONTRATTUALI

In caso di morte o di invalidità permanente e totale (uguale o superiore al 66%) dell'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la Società corrisponderà agli aventi diritto il debito residuo in linea capitale, rilevato dal piano di ammortamento, calcolato al mese precedente il sinistro, secondo le modalità descritte all'interno del Set Informativo.

BENEFICIARI

In caso di morte: si rimanda all'Appendice Beneficiari

In caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio dell'Assicurato, Beneficiario è l'Assicurato stesso.
L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

VERSAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato, quale intestatario di C/C presso la , ABI xxxxx , *autorizza* l'addebito dei premi assicurativi. Il pagamento del premio è condizione essenziale per l'efficacia del contratto.

L'Assicurato _____

COSTI E QUOTA PARTE PERCEPITA DAGLI INTERMEDIARI

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

Tipo costo	Misura costo	Quota parte del costo percepito dagli Intermediari (in percentuale)
Costi gravanti sul premio	28,0%	35,7%

Ipotesi esemplificative in valore assoluto:

Esempio n.1 Premio complessivo: 15,00 Euro
Ammontare costo: 4,20 Euro
Importo del costo percepito dagli Intermediari: 1,50 Euro

Esempio n.2 Premio complessivo: 30,00 Euro
Ammontare costo: 8,40 Euro
Importo del costo percepito dagli Intermediari: 3,00 Euro

Fac simile

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
T4C27U04REV00 10/21 valore cod. utente

DIRITTO DI RECESSO

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

Il recesso ha l'effetto di liberare l'Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricevimento della lettera raccomandata. L'importo del premio – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto – verrà restituito all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- che le informazioni e le dichiarazioni contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non hanno taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande e alle dichiarazioni riportate precedentemente, assumendo ogni responsabilità sulle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
  Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
  In particolare, la Compagnia ha diritto:
  - di rifiutare il pagamento della somma assicurata qualora l'Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
  - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
- di prestare il proprio consenso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1919 del Cod. Civ., all'assicurazione sulla propria vita denominata "**Mutuo Assicurato**", a seguito della Convenzione, stipulata tra Società BCC Vita S.p.A., con sede in Largo Tazio Nuvolari,1 20143, Milano, Italia, e la Contraente dell'Assicurazione Collettiva;
- di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia dovuto o dovesse ricorrere sia prima che dopo aver rilasciato le dichiarazioni sul suo stato di salute, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società ritenesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di autorizzare il Contraente, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i."Codice in Materia di Protezione dei Dati", a trasmettere a BCC Vita S.p.A. e ad altri soggetti (quali società a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, e/o riassicuratori) le informazioni necessarie per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui alla Polizza.
- **di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione di "*Mutuo Assicurato.*", (codice Tariffa 4C27U), che costituisce parte integrante del contratto:**
  - **Set Informativo;**
  - **Informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario);**
- **di essere stato adeguatamente informato che la presente polizza è facoltativa, vale a dire non obbligatoria né condizionante l'erogazione del mutuo.**

Firma dell'Assicurato _____

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

Firma dell'Assicurato _____

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

Firma dell'Assicurato _____

Fac simile

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZA

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

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.;

b) prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese nel Questionario Sanitario;

c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'assicurando stesso. L'Assicuratore si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'assicurando.

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

	SI	NO
A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subìto interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?		
1. Malattie cardiovascolari Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90) nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso, infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia , aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		
2. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia		
3. Neoplasie maligne Cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno, compresi leucemie, neoplasie atipiche incluse cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale, linfomi, mielomi		
4. Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barret, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa		
5. Malattie dell'apparato respiratorio Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida		
6. Malattie dismetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue o HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate o Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico o Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei o Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico quali idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi o Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trompocitopenida idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie		
B. In riferimento ad una delle patologie elencate al punto A è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura)?		
C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?		

Firma dell'Assicurato _____

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

Firma dell'Assicurato _____

Milano, xx/xx/xxxx

Firma dell'Assicurato _____

Per l'identificazione dell'Assicurato

_____

Timbro e firma della Banca

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

Facsimile

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 Titolati 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.

---

[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;

FACSIMILE

I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.
I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

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

COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurandi/instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altre società del Gruppo Cattolica nonché ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari; medici fiduciari, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, CONSOB, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, e di informazione commerciale, e di archiviazione documentale etc..
I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.
I dati personali non sono soggetti a diffusione.

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

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

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail *dpo@cattolicaassicurazioni.it,* espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.
L'interessato può avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.
L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, https://www.garanteprivacy.it/).

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

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

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

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

Si precisa che:

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

FACSIMILE

Cognome e Nome dell'Aderente/Assicurato: XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

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

  in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale
  □ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**

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

  il consenso è **facoltativo**;
  il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età;
  □ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**

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

  il consenso è **facoltativo**;
  il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età;
  □ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**

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

  il consenso è **facoltativo**;
  il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età;
  □ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**

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

  il consenso è **facoltativo**;
  il consenso può essere espresso solo da soggetti di maggiore età;
  □ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**

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

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

Luogo e data _____

Nome e Cognome_____

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Fac simile

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

Member of CISQ Federation
CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001

Codice Modello n. 4C27U – Ultimo aggiornamento: 19/10/2021