BCC Vita S.p.A.

Gruppo Generali

BCC Vita - LTC SempreMia

(CODICE TARIFFA B001C)

SET INFORMATIVO composto da:

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

Assicurazione di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante

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

BCC Vita S.p.A.
Prodotto: LTC SempreMia (B001C)

Data di aggiornamento: 21/02/2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto è una polizza di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante con prestazione aggiuntiva al verificarsi della non-autosufficienza e componente temporanea in caso di morte.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

✓ *La prestazione consiste nella:*
- ✓ *corresponsione, al Beneficiario designato, di una rendita vitalizia mensile nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale;*
- ✓ *corresponsione, al Beneficiario designato, di un capitale in un'unica soluzione nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale. Tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza;*
- ✓ *corresponsione, al Beneficiario designato, di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato, qualora non si sia verificata in precedenza la condizione di non-autosufficienza. Tale copertura è operante fino al compimento dell'80° anno di età dell'Assicurato.*

✓ *Somma assicurata:*
- ✓ *il Contraente definisce l'importo di rendita vitalizia mensile desiderato, di importo minimo pari a 500,00 Euro e massimo pari a 2.500,00 Euro;*
- ✓ *all'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione, definito nel DIP Aggiuntivo, la Compagnia garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale pari a 10.000,00 Euro;*
- ✓ *in caso di decesso dell'Assicurato entro l'ottantesimo anno di età, senza che in precedenza si sia verificata la non-autosufficienza dello stesso, è previsto il pagamento a favore dei Beneficiari designati di un capitale caso morte di importo pari a 10.000,00 Euro;*

✓ *ulteriori specifiche sono contenute nel DIP aggiuntivo.*

Che cosa NON è assicurato?

× *Non sono assicurabili:*
- × *coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non-autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.*

Ci sono limiti di copertura?

! *Sono esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza e di morte derivanti direttamente, indirettamente da:*
- ! *dolo del Contraente o dell'Assicurato;*
- ! *tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;*

- ! *partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;*
- ! *partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano.*
- ! *partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;*
- ! *malattie intenzionalmente procurate, abuso di alcol, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;*
- ! *negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;*
- ! *incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- ! *guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;*
- ! *trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);*
- ! *malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato, qualora non già dichiarate in fase assuntiva;*
- ! *problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;*
- ! *pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante.*

! *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? Quali obblighi ha l'impresa?

- *L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.*
- *Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.*
- *L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Proposta.*
- *In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia.*
- *Presupposto per la sottoscrizione del contratto è il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario semplificato.*
- *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. Qualora non sia fornita la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.*
- *Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente di appoggio, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio successive.*
- *Modifiche della professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.*
- *In caso di trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.*
- *In caso di trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in uno Stato estero, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.*
- *Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza: l'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana, come individuati sopra, deve essere presumibilmente permanente, pertanto:*
  - *l'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia il recupero di autosufficienza, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata;*
  - *ogni anno l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita;*
  - *inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato. Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato, ma riferite a periodi successivi al decesso di questi, dovranno essere restituite alla Compagnia.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel DIP aggiuntivo.*

Quando e come devo pagare?

- *Il premio annuo è determinato in relazione all'importo di rendita vitalizia mensile prescelto, al capitale assicurato in caso di non-autosufficienza (pari a 10.000,00 Euro), al capitale assicurato in caso di morte (pari a 10.000,00 Euro), all'età assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e alle eventuali attività extraprofessionali e/o sportive praticate dall'Assicurato.*
- *Qualora non vengano corrisposte per intero almeno dieci annualità di premio, non matura il diritto alla riduzione della prestazione; in tal caso pertanto il contratto si risolve e nulla è più dovuto dalla Compagnia.*
- *A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste e sempre che l'Assicurato sia in vita, un premio annuo costante determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto.*
- *È possibile corrispondere il premio in rate sub-annuali, applicando degli interessi per il frazionamento i cui costi sono esplicitati nel DIP aggiuntivo.*
- *Il pagamento dei premi avviene presso la Banca del Contraente, se convenzionata con la Compagnia, attraverso SDD (Sepa Direct Debit). Il Contraente ha la facoltà di modificare la Banca o il conto corrente di appoggio, purché le nuove coordinate di conto si riferiscano ad una Banca convenzionata con la Compagnia.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel DIP aggiuntivo.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta e pagato il premio pattuito, il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente è informato, tramite consegna della Polizza, dell'avvenuta accettazione della Proposta da parte della Compagnia. L'assicurazione entra in vigore e pertanto ha decorrenza:*
  - *alle ore 24:00 del giorno in cui il contratto è concluso; ovvero*
  - *alle ore 24:00 del giorno indicato nella Polizza qualora la Polizza preveda una data di decorrenza diversa da quella in cui il contratto è concluso.*
- *A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.*
- *L'Assicurazione prevede una durata che coincide con la vita dell'Assicurato.*
- *Il Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano 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.*
- *In caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita per la non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel DIP aggiuntivo.*

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

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? × SI □ NO

- *Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto.*
- *Il presente contratto prevede riduzioni.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel DIP aggiuntivo.*

Assicurazione di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante

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

BCC Vita S.p.A.
Prodotto: LTC SempreMia (B001C)

Data di aggiornamento: 21/02/2022- 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., 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.

BCC Vita S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.
Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 06868981009. Società con sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29/05/2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 07/06/2002 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00143.

BCC VITA S.p.A.
Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- *del Patrimonio Netto è pari a 282 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 62 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 214 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 75 milioni di euro **(a)**;*
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 34 milioni di euro;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 252 milioni di euro **(b)**;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 222 milioni di euro.*

*Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,38 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.*

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.bccvita.it

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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

– *all'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione, la Compagnia garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia mensile posticipata il cui valore viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. Il taglio della rendita mensile prescelta dovrà essere multiplo di 100,00 Euro. Il limite massimo di cui sopra è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia.*
E' inoltre prevista la possibilità da parte dell'Assicurato di incrementare in corso di contratto la rendita mensile con tagli di 100,00 Euro, previa consegna di idonea documentazione sanitaria che verrà richiesta dalla Compagnia (in tale fattispecie verrà applicato nuovamente il periodo di carenza, relativamente all'importo di rendita che eccede quella precedentemente pattuita) e fermo l'importo massimo di rendita mensile pari 2.500,00 Euro. Tale rendita verrà erogata fintantoché l'Assicurato si trovi nello stato di non-autosufficienza ovvero fino alla

morte dello stesso. Qualora gli accertamenti per lo stato di non-autosufficienza necessitino più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate;

- *il capitale pari a 10.000,00 euro indicato nel Dip Vita, viene erogato solo in occasione del primo accertamento di non-autosufficienza e trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza;*
- *una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata;*
- *nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga prima che lo stato di non-autosufficienza sia stato accertato, sarà erogata la prestazione contrattualmente prevista;*
- *qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza;*
- *qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente al verificarsi della condizione di non-autosufficienza dell'Assicurato, verrà interrotta l'erogazione della prestazione in forma di rendita da parte della Compagnia e non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte;*
- *qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi, non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte;*
- *le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.*

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:*
  La garanzia assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza è operante alle seguenti condizioni di carenza:
  - *stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;*
  - *stati di non-autosufficienza causati da malattia: lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 1 anno dalla data di decorrenza del contratto;*
  - *stati di non-autosufficienza per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (ad es. Parkinson, Alzheimer): lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.*
- *Qualora la non-autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro i periodi di carenza sopra indicati, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto dei costi gravanti sugli stessi.*
- *Esclusivamente per la garanzia prevista in caso di decesso, e in assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 7 anni dalla conclusione del contratto 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 sette anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato in caso di decesso sarà comunque pagato.*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	***Denuncia di sinistro:*** *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.* *Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.* *Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:* ***In caso di revoca della proposta:*** – *richiesta sottoscritta dal Contraente;* ***In caso di recesso dal contratto:*** – *richiesta sottoscritta dal Contraente;*

- *fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente.*

In caso di decesso:

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

  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- *dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;*
- *in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;*
- *in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.*

Denuncia e accertamento dello stato di non-autosufficienza

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

La denuncia del verificarsi dello stato di non-autosufficienza, redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare da certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, è necessario che lo stato di non-autosufficienza sia comprovato da un neurologo e/o gerontologo attraverso test neuropsicologici standard quali il Mini Mental State Examination (Folstein M.M.S.E.).

In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti medici e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile e riconosce immediatamente un capitale di importo predeterminato.

Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia. 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.

	Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa. *La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.)* *Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.* *La documentazione completa indicata nel presente articolo deve essere inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante Fax al numero 02.21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.*
	Prescrizione: *I diritti derivanti dal 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: *Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del contratto, il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione prevista. Al fine dell'erogazione della prestazione per la perdita dell'autosufficienza (rendita e capitale), la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Una volta accertato e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione pari a 90 giorni, la Compagnia corrisponde la prestazione in forma di capitale e inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato. La Compagnia, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione caso morte (capitale), provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante Fax al numero 02.21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. 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.* *Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza. Gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato. Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.* *La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non-autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non-autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.*
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*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 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.* ***B) Ha diritto, quando il contraente 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	*A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in rate sub-annuali applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento).* *Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.* *In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per le annualità assicurative successive.* *Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.* *Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.* *Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.*
Rimborso	*Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.* *Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso, agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.*
Sconti	*Non sono previsti sconti.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	*Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.*
Sospensione	*Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.* *Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.* *Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:* – *il Contraente ne faccia espressa richiesta;* – *la Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.* *Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.*

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

Revoca	*Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.*
Recesso	*Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.*
Risoluzione	*Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi. Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.*

Sono previsti riscatti o riduzioni? x SI □ NO

Valori di riscatto e riduzione	*Riscatto:* *Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto.* *Riduzione:* *Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state corrisposte almeno dieci annualità, la garanzia resta in vigore per una prestazione ridotta rispetto a quella precedentemente pattuita. L'ammontare ridotto della rendita è calcolato in proporzione all'80% della riserva matematica*

	accantonata fino a quel momento. Con la stessa proporzione verrà ridotto anche il capitale previsto all'insorgere dello stato di non-autosufficienza.In caso di variazione delle basi tecniche utilizzate la prestazione ridotta verrà adeguata in funzione di tale variazione. *Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi, non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.* *Qualora non vengano corrisposte per intero almeno dieci annualità di premio, non matura il diritto alla riduzione della prestazione; in tal caso pertanto il contratto si risolve e nulla è più dovuto dalla Compagnia.*
Richiesta di informazioni	*L'ufficio della Compagnia cui rivolgersi per ottenere informazioni sulla prestazione ridotta è: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia, Telefono 02466275, Fax 0221072250, E-mail info@bccvita.bcc.it.*

A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è destinato a:
- *Soggetti che vogliono coprirsi dal rischio di non autosufficienza con età compresa tra 18 e 70 anni.*

Sono assicurabili le persone fisiche che:
- *Al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione abbiano un età non inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni.*

Quali costi devo sostenere?

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

- ***Costi gravanti sul Premio***

Esclusivamente sul primo premio sono previste spese fisse di emissione pari a 15,00 euro, da conteggiare in aggiunta al premio iniziale.
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo.
Ogni onere eventualmente sostenuto per visite ed ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

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

Premio annuo	***Costi di acquisizione, gestione ed incasso***
Per qualsiasi importo	*30,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento*

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Rateazione del premio annuo	***Costi di frazionamento***
Annuale	*Non previsti*
Semestrale	*1,50% del premio annuo*
Trimestrale	*2,50% del premio annuo*
Mensile	*4,00% del premio annuo*

- ***Costi per il riscatto:***

Non sono presenti costi per il riscatto.

- ***Costi per l'erogazione della rendita:***

Le spese di erogazione della rendita sono fissate in misura pari al 3,00% del premio e sono ricomprese nel premio annuo stesso.

- ***Costi per l'esercizio delle opzioni***

Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

- ***Costi di intermediazione:***

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
47,56%

- ***Costi dei PPI***

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail* ***reclami@bccvita.bcc.it*** *indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.* *L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.*
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC:* ***ivass@pec.ivass.it****. Info su:* ***www.ivass.it.***
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	*Permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art.4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'art. 16 del citato decreto.*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	*Le eventuali controversie di natura medica sul grado di non-autosufficienza o sulla durata dello stato di non-autosufficienza, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici esperti in gerontologia, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.* *Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.* *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 del presente contratto sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.* *Detraibilità fiscale dei premi* *Sui premi versati alla Compagnia per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte e di perdita dell'autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana è riconosciuta 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 non-autosufficienza dell'Assicurato e 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.*

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA PER LA COPERTURA DEL RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA A PREMIO ANNUO COSTANTE CON PRESTAZIONE AGGIUNTIVA AL VERIFICARSI DELLA NON-AUTOSUFFICIENZA E COMPONENTE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE

(CODICE TARIFFA: B001C)

BCC Vita - (Tariffe B001C)

[Data di aggiornamento: 21/02/2022]

INDICE

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO **2**
Art. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO 2
Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE 2
2.1 Riduzione della prestazione in caso di interruzione pagamento premi 3
SEZIONE II) CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO **5**
Art. 3 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE 5
Art. 4 REVOCA DELLA PROPOSTA 5
Art. 5 DIRITTO DI RECESSO 5
SEZIONE III) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, RISCHIO MORTE, LIMITAZIONI, CARENZE **6**
Art. 6 IL PREMIO 6
6.1 Rivedibilita' del premio annuo 6
Art. 7 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO 6
Art. 8 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA 7
8.1 Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza 7
Art. 9 RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA 7
9.1 Periodo di qualificazione 8
SEZIONE IV) REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE **9**
Art. 10 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO 9
Art. 11 RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO 9
Art. 12 COSTI 9
12.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente 9
12.1.1 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione 9
Art. 13 CESSAZIONE DEL CONTRATTO 10
Art. 14 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ 10
Art. 15 DURATA DEL CONTRATTO 10
Art. 16 CONFLITTO DI INTERESSI 10
SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI EVENTO **11**
Art. 17 DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE 11
Art. 18 NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE 12
Art. 19 COLLEGIO MEDICO ARBITRALE 12
SEZIONE VI) BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE **14**
Art. 20 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE 14
SEZIONE VII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA' **14**
Art. 21 IMPOSTE E TASSE 14
Art. 22 FORO COMPETENTE 14
Art. 23 COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA 14
Art. 24 PRESCRIZIONE 14
Art. 25 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO 14
GLOSSARIO **15**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA PER LA COPERTURA DEL RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA A PREMIO ANNUO COSTANTE CON PRESTAZIONE AGGIUNTIVA AL VERIFICARSI DELLA NON-AUTOSUFFICIENZA E COMPONENTE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE

(CODICE TARIFFA: B001C)

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO

Che tipo di assicurazione è?
Il presente contratto è una polizza di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante con prestazione aggiuntiva al verificarsi della non-autosufficienza e componente temporanea in caso di morte (copertura LTC).

Art. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto di assicurazione garantisce, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza come descritto al successivo Art. 8 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA, la corresponsione ai Beneficiari designati di una rendita mensile vitalizia posticipata di cui al successivo Art. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE I).
All'accertamento dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, la Compagnia garantisce inoltre la corresponsione di un capitale di importo predeterminato, secondo quanto previsto al successivo Art. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE II).
In caso di decesso dell'Assicurato, qualora non si sia verificato in precedenza lo stato di non-autosufficienza, è prevista la corresponsione di un capitale di importo predeterminato; **tale garanzia è operante fino al compimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, come riportato al successivo Art. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE III)**.

Presupposto per la sottoscrizione del contratto è il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario semplificato.
E' comunque prevista una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 9 - RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita e fintantoché non si sia verificato lo stato di non-autosufficienza.
Il premio annuo è determinato in relazione all'importo di rendita vitalizia mensile prescelto, al capitale assicurato in caso di non-autosufficienza (pari a 10.000,00 Euro), al capitale assicurato in caso di morte (pari a 10.000,00 Euro), all'età assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.
Il rischio morte e di non-autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, **fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 9** - RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E 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

I) Prestazione in forma di rendita in caso di non-autosufficienza.
All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione di cui al successivo Art. 9.1, la Compagnia garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia mensile posticipata il cui valore viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.
Il Contraente definisce l'importo di rendita vitalizia mensile desiderato, di importo minimo pari a 500,00 Euro e massimo pari a 2.500,00 Euro, come indicato nel modulo di proposta. Il taglio della rendita mensile prescelta dovrà essere multiplo di 100,00 Euro.
Il limite massimo di cui sopra è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia.

E' inoltre prevista la possibilità da parte dell'Assicurato di incrementare in corso di contratto la rendita mensile con tagli di 100,00 Euro, previa consegna di idonea documentazione sanitaria che verrà richiesta dalla Compagnia (in tale fattispecie verrà applicato nuovamente il periodo di carenza previsto al successivo Art. 9 - RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA, relativamente all'importo di rendita che eccede quella precedentemente pattuita) e fermo l'importo massimo di rendita mensile pari 2.500,00 Euro.

Tale rendita verrà erogata fintantoché l'Assicurato si trovi nello stato di non-autosufficienza come descritto al successivo Art. 8 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA ovvero fino alla morte dello stesso.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. La prestazione di rendita verrà corrisposta, se perdura lo stato di non-autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non-autosufficienza necessitino più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.
Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.
Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.
La rendita vitalizia non consente valore di riscatto.

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga prima che lo stato di non-autosufficienza sia stato accertato, sarà erogata la prestazione di cui all'Art. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE III).
Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza.

Il rischio di non-autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9 - RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

II) Prestazione in forma di capitale in caso di non-autosufficienza.
All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 9.1, la Compagnia garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale pari a 10.000,00 Euro.
Tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza e trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza.

III) Prestazione in caso di decesso qualora non si sia verificata la non-autosufficienza.
Fino al compimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, in caso di decesso senza che in precedenza si sia verificata la non-autosufficienza, è previsto il pagamento a favore dei Beneficiari designati di un capitale caso morte di importo pari a 10.000,00 Euro.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente al verificarsi della condizione di non-autosufficienza dell'Assicurato, verrà interrotta l'erogazione della prestazione in forma di rendita da parte della Compagnia e non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi di cui al successivo Art. 10 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9 - RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

2.1 Riduzione della prestazione in caso di interruzione pagamento premi
Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state corrisposte almeno dieci annualità, la garanzia resta in vigore per una prestazione ridotta rispetto a quella precedentemente pattuita.
L'ammontare ridotto della rendita è calcolato in proporzione all'80% della riserva matematica accantonata fino a quel momento.
Con la stessa proporzione verrà ridotto anche il capitale previsto all'insorgere dello stato di non-autosufficienza, previsto all'Art. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE II).
In caso di variazione delle basi tecniche utilizzate (di cui al precedente Art. 6.1 - IL PREMIO) la prestazione ridotta verrà adeguata in funzione di tale variazione.

Per una maggiore comprensione, si riporta una esemplificazione numerica del meccanismo di riduzione delle prestazioni:

Età assicurativa dell'Assicurato alla decorrenza = 40 anni
Rendita mensile precedentemente assicurata = 2.000,00 Euro
N° premi pagati al momento dell'interruzione pagamento premi = 20
Ammontare ridotto della rendita assicurata = 771,03 Euro
Ammontare ridotto del capitale previsto all'insorgere dello stato di non-autosufficienza = 3.855,14 Euro

L'ufficio della Compagnia cui rivolgersi per ottenere informazioni sulla prestazione ridotta è: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia, Telefono 02466275, Fax 0221072250, E-mail info@bccvita.bcc.it.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi, non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.

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

Art. 3 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

L'assicurazione entra in vigore e pertanto ha decorrenza:

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

A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.
Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso, agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Art. 4 REVOCA DELLA PROPOSTA

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 02 21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.
La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.
La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 5 DIRITTO DI RECESSO

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

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

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

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

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.

SEZIONE III) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, RISCHIO MORTE, LIMITAZIONI, CARENZE

Art. 6 IL PREMIO

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste e sempre che l'Assicurato sia in vita, un premio annuo costante determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto.
Il premio annuo è determinato in relazione all'importo di rendita vitalizia mensile prescelto, al capitale assicurato in caso di non-autosufficienza (pari a 10.000,00 Euro), al capitale assicurato in caso di morte (pari a 10.000,00 Euro), all'età assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in rate sub-annuali applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) rappresentati al successivo Art. 12 - COSTI, Tabella B.
Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza e una volta riconosciuto il diritto alla prestazione da parte della Compagnia, il pagamento del premio viene sospeso. Il Contraente potrà quindi sospendere il versamento dei premi solo dopo aver ricevuto idonea comunicazione da parte della Compagnia, che rimborserà i premi eventualmente già corrisposti ma non dovuti.
In caso di mancato accertamento dello stato di non-autosufficienza, sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.
Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 12 - COSTI.
Il pagamento dei premi avviene presso la Banca del Contraente, se convenzionata con la Compagnia, attraverso SDD (Sepa Direct Debit).
Il Contraente ha la facoltà di modificare la Banca o il conto corrente di appoggio, purché le nuove coordinate di conto si riferiscano ad una Banca convenzionata con la Compagnia.
Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente di appoggio, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio successive.

6.1 Rivedibilita' del premio annuo
Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.
In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per le annualità assicurative successive.
Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.
Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.
Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Art. 7 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che 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 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, qualora l'Assicurato avesse negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**
- **di trattenere il premio.**

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

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

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni assicurate, in base alla data di nascita effettiva.

Art. 8 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

Le prestazioni per la perdita totale di autosufficienza sono erogate in caso di un'invalidità fisica totale e presumibilmente permanente che non permetta all'Assicurato di svolgere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana necessitando pertanto dell'assistenza di una terza persona oppure di un deficit cognitivo, ovvero di un deterioramento o una perdita delle facoltà mentali dovuti a causa organica identificabile e dimostrata dal peggioramento della capacità dell'Assicurato di pensare, percepire, ragionare e ricordare, comprovate da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (determinato in base alla documentazione clinica e ai test neuropsicologici standard, tipo Folstein M.M.S.E.), che comportino l'impossibilità totale di compiere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana anche con l'impiego di ausili specifici e che determinino la necessità di assistenza e supervisione costanti di un'altra persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

• **lavarsi o mantenere una corretta igiene personale:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo utilizzando impianti di messa a norma (lavabo, doccia o vasca da bagno) la parte superiore e inferiore del corpo così da mantenere, in maniera del tutto spontanea, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, senza l'assistenza di una terza persona.

• **vestirsi:** capacità di vestirsi e svestirsi, allacciare e slacciare in modo appropriato ogni tipo di indumento dalla testa ai piedi, compresi indumenti speciali o protesi adatte alla disabilità dell'Assicurato senza l'assistenza di una terza persona. Resta inteso che qualora l'Assicurato necessiti di aiuto solo per mettere o togliere le calze, calzini o scarpe non è considerato del tutto incapace di vestirsi.

• **nutrirsi:** capacità di bere e di mangiare autonomamente il cibo preparato e servito da altri senza l'assistenza di una terza persona. Resta inteso che se le esigenze di aiuto sono relative al solo taglio di alimenti, l'Assicurato non si ritiene totalmente incapace di mangiare.

• **spostarsi:** capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, senza l'assistenza di una terza persona.

8.1 Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza

L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana, come individuati sopra, deve essere presumibilmente permanente.
L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia il recupero di autosufficienza, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata.
La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non-autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non-autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.
Ogni anno l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza.

Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato. Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.

Art. 9 RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA

A) ESCLUSIONI

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non-autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza e di morte derivanti direttamente, indirettamente da:

- **dolo del Contraente o dell'Assicurato;**
- **tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano.**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;**

- **malattie intenzionalmente procurate, abuso di alcol, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;**
- **negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);**
- **malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato, qualora non già dichiarate in fase assuntiva;**
- **problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante.**

Nei casi sopra elencati non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

La garanzia assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- **stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;**
- **stati di non-autosufficienza causati da malattia: lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 1 anno dalla data di decorrenza del contratto;**
- **stati di non-autosufficienza per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (ad es. Parkinson, Alzheimer): lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.**

Qualora la non-autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro i periodi di carenza sopra indicati, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto dei costi gravanti sugli stessi.

Esclusivamente per la garanzia prevista in caso di decesso, e in assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 7 anni dalla conclusione del contratto 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 sette anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato in caso di decesso sarà comunque pagato.

9.1 Periodo di qualificazione
La prestazione in forma di rendita e in forma di capitale verrà corrisposta se perdura lo stato di non-autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza.
Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia versa il capitale iniziale pari a 10.000,00 Euro e inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

SEZIONE IV) REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

Art. 10 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, alle condizioni previste dal successivo Art. 11 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO, il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.
Qualora siano state versate almeno dieci annualità, l'interruzione del pagamento dei premi determina comunque il riconoscimento da parte della Compagnia di una prestazione ridotta, come descritto al precedente Art. 2.1 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Art. 11 RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.
Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:

- **il Contraente ne faccia espressa richiesta;**
- **la Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.**

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.
Qualora siano state versate almeno dieci annualità, l'interruzione del pagamento dei premi determina comunque il riconoscimento da parte della Compagnia di una prestazione ridotta, come descritto al precedente Art. 2.1 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Art. 12 COSTI

12.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente
12.1.1 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione

– Costi fissi di emissione

Esclusivamente sul primo premio sono previste delle spese fisse di emissione pari a 15,00 Euro, da conteggiare in aggiunta al premio iniziale.

– Costi variabili

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo.
Ogni onere eventualmente sostenuto per visite ed ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
I costi gravanti sul premio annuo relativo sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Premio annuo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	30,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella B

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	1,50% del premio annuo
Trimestrale	2,50% del premio annuo
Mensile	4,00% del premio annuo

– Costi per l'erogazione della rendita

Le spese di erogazione della rendita sono fissate in misura pari al 3,00% del premio e sono ricomprese nel premio

annuo stesso.

Art. 13 CESSAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita per la non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.

Art. 14 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni assicurativi.

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

Sono ritenute assicurabili le persone fisiche che rispondano ai requisiti definiti tramite il questionario semplificato sulla salute dell'Assicurato, da compilare e sottoscrivere preliminarmente alla conclusione del contratto.
Nel caso in cui l'Assicurato risponda affermativamente ad almeno una delle domande del suddetto questionario, e/o nell'eventualità di attività extraprofessionali e/o sportive praticate dall'Assicurato, la copertura assicurativa potrà essere attivata solamente dopo una specifica valutazione da parte della Compagnia, che si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti medici.

Art. 15 DURATA DEL CONTRATTO

La durata del presente contratto coincide con la vita dell'Assicurato.
Il Contraente può esercitare il diritto di recesso di cui all'Art. 4.

Art. 16 CONFLITTO DI INTERESSI

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

SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI EVENTO

Art. 17 DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.
Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;

In caso di recesso dal contratto:

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

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
  in presenza di testamento:
  nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
  nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
  l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
  in assenza di testamento:
  le generalità e il grado di parentela degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

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

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

Denuncia e accertamento dello stato di non-autosufficienza
La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.
La denuncia del verificarsi dello stato di non-autosufficienza, redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre

persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare da certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, è necessario che lo stato di non-autosufficienza sia comprovato da un neurologo e/o gerontologo attraverso test neuropsicologici standard quali il Mini Mental State Examination (Folstein M.M.S.E.).
In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti medici e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.
Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 9.1 - RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile e riconosce immediatamente un capitale di importo predeterminato.
Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.
Per il ricorso ad un'eventuale procedura arbitrale si rimanda al successivo Art. 20 - BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE.
Ogni anno l'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

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

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

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.
La Compagnia, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari **mediante Fax al numero 02.21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.**
In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto.
Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, **al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.**

Art. 18 NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE

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

Art. 19 COLLEGIO MEDICO ARBITRALE

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di non-autosufficienza o sulla durata dello stato di non-autosufficienza, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici esperti in gerontologia, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.

SEZIONE VI) BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 20 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Il Beneficiario delle prestazioni erogate a seguito dell'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato è l'Assicurato stesso.
Il Contraente designa invece i Beneficiari delle prestazioni erogate a seguito del decesso dell'Assicurato.
Il Contraente 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.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

- **dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;**
- **dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.**

Non può altresì essere modificata la designazione da parte degli eredi dopo la morte del Contraente.
In tali casi le operazioni di pegno sul credito richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

SEZIONE VII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'

Art. 21 IMPOSTE E TASSE

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

Art. 22 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. 23 COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA

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

In caso di trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.
In caso di trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in uno Stato estero, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

Art. 24 PRESCRIZIONE

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

Art. 25 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 sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

BENEFICIARIO

Persona fisica o giuridica designata in polizza dalla Contraente, che può coincidere o no con la Contraente stessa e con l'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.

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.

CESSIONE, PEGNO, VINCOLO

Condizioni per cui il contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate.
Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

COMPAGNIA

Vedi "Società".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

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

CONTRAENTE

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

CONTRATTO (DI ASSICURAZIONE SULLA VITA)

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

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.

DIRITTI (O INTERESSI DI FAZIONAMENTO)

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.

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.

ETÀ ASSICURATIVA

L'età dell'Assicurato espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

FATCA

Il *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).

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.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
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.
NON AUTOSUFFICIENZA	L'evento assicurato coincidente con lo stato di incapacità dell'Assicurato fisica, totale e presumibilmente permanente di compiere, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature, almeno 4 delle elencate ADL senza l'assistenza di una terza persona.
PEGNO	Vedi "cessione".
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.
PERIODO DI QUALIFICAZIONE	Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della prestazione assicurata.
POLIZZA	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
POLIZZA CASO MORTE (O IN CASO DI DECESSO)	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato.
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza a una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
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 ANNUO	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

PREMIO COMPLESSIVO (O LORDO)	Importo complessivo da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
PREMIO RATEIZZATO O FRAZIONATO	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.
PREMIO UNICO	Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del Contratto.
PREMIO UNICO AGGIUNTIVO	Importo che il Contraente ha facoltà di versare per integrare il piano dei versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
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.
PRESTAZIONE ASSICURATIVA	Somma pagabile sotto forma di capitale la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA	Somma liquidabile sotto forma di capitale o di rendita vitalizia in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana quali lavarsi, vestirsi, nutrirsi, spostarsi. La rendita viene corrisposta dal momento del riconoscimento dello stato di non-autosufficienza finché l'Assicurato è non-autosufficiente e in vita.
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.
PRINCIPIO DI COERENZA	Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dalla Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
PROPOSTA	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.
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.
QUIETANZA	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio. Viene rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza); è costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di accredito alla Compagnia, oppure dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
REVOCA	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
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 dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente alla

Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:

- DIP Vita
- DIP aggiuntivo Vita
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Modulo di Polizza

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).

TRASFORMAZIONE

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia. Dà luogo a un nuovo contratto dove devono essere indicati, in un apposito documento, gli elementi essenziali del contratto trasformato. La Compagnia non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione.

VINCOLO

Vedi "cessione".

"BCC Vita - LTC SempreMia"

Modulo di Proposta

Tariffa di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante con prestazione aggiuntiva al verificarsi della non-autosufficienza e componente temporanea in caso di morte - Codice Tariffa B001C

Proposta n. x.xxx.xxx — Banca di Credito Cooperativo: ABI: xxxxx – CAB: xxxxx

ASSICURANDO

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

CONTRAENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE (*)

Cognome Nome/Ragione Sociale:
Data di nascita: — C. F./P. IVA:
Luogo di nascita: — Prov: — Sesso:
Professione - Sottogruppo: — Ramo attività:
Residenza/Sede Legale: — Prov:
Leg. Rappr.: — C. F.:
Data di nascita: — Sesso:
Tipo Documento: — Numero Documento:
Data del rilascio: — Data di scadenza: — Rilasciato da:
Luogo:
(*) ai sensi della Legge 231/2007

DATI DI POLIZZA

Data di decorrenza: — Durata: VITA INTERA
Età assicurativa:
Tipo premio: — Annuo — Frazionamento:

Premio di perfezionamento:	Importo netto: €	Costo fisso: € 15,00	Importo Totale: €
Premio rate successive	Importo netto: €	Costo fisso: € 0,00	Importo Totale: €

PRESTAZIONI CONTRATTUALI

a) Prestazione in forma di rendita in caso di perdita di autosufficienza:
corresponsione di una rendita vitalizia mensile nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale, secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione all'Art. 7 I);

b) Prestazione in forma di capitale in caso di perdita di autosufficienza:
corresponsione di un capitale in un'unica soluzione nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale. secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione all'Art. 7 II);

c) Prestazione in caso di decesso qualora non sia intervenuta la condizione di non-autosufficienza:
corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato, qualora non si sia verificata in precedenza la condizione di non-autosufficienza, secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione all'Art. 7 III).

Tipo prestazione	Importo prestazione
Prestazione in forma rendita vitalizia mensile in caso di non-autosufficienza	€
Prestazione in forma di capitale in caso di non-autosufficienza	€ 10.000,00 euro
Prestazione in caso di decesso qualora non si sia verificata la non-autosufficienza	€ 10.000,00 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 Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAPn. 2091 del 29/05/2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7/06/2002.
www.bccvita.it

BENEFICIARI

In caso di non-autosufficienza: l'Assicurato stesso.

In caso di morte: si rimanda all'Appendice Beneficiari

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO – Questionario Sanitario e attività extraprofessionali/sportive

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 – 1893 – 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.

QUESTIONARIO SANITARIO

Se l'Assicurando si trova nella situazione di rispondere SI ad una delle domande sul proprio stato di salute, il rischio non potrà essere assunto senza il supporto di documentazione sanitaria integrativa. La Compagnia si riserva di valutare se assumere il rischio, dopo che l'Assicurando si sia sottoposto a visita medica o abbia prodotto la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia.

Da sottoscrivere sempre, segnando con una X la risposta. (altrimenti il contratto non potrà essere attivato)

1. La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 (ad es. altezza 175 cm – peso 70 kg = 175 – 70 = 105) o superiore a 120 ?	SI ☐	NO ☐
2. La Sua pressione arteriosa è superiore a 140/90?	SI ☐	NO ☐
3. Beneficia, ha beneficiato o ha fatto richiesta di ottenere: - un'esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? - Una pensione di invalidità superiore o uguale al 10%?	SI ☐	NO ☐
4. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi per un motivo diverso da varicectomia, appendicectomia o emoirrodectomia?	SI ☐	NO ☐
5. Negli ultimi 5 anni si è sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse ipercolesterolemia o ipertensione, da malattie della tiroide, menopausa?	SI ☐	NO ☐
6. Deve sottoporsi ad accertamenti diagnostici, ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o essere ricoverato in ospedale?	SI ☐	NO ☐
7. Ha sofferto o soffre attualmente di patologia: - neurologica (Alzheimer, Parkinson, sclerosi, paralisi….) - malattia cronica (respiratoria, artrite) - malattie alla spina dorsale - cardiovascolare (incidente cardiovascolare, infarto, malattie delle arterie,….) - tumore maligno o cancro	 SI ☐ SI ☐ SI ☐ SI ☐ SI ☐	 NO ☐ NO ☐ NO ☐ NO ☐ NO ☐

Attività extraprofessionali e sportive:

_____

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia **dichiaro**, assumendomi ogni responsabilità, **consapevole** che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il mio stato di salute. **Prosciolgo** dal segreto professionale e legale medici ed enti che mi hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurando _____

Fac simile

VERSAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente, quale intestatario del C/C n. presso la Banca di Credito Cooperativo, ABI - CAB , autorizza la Compagnia a richiedere alla Banca l'addebito del conto per il premio alla firma di questo contratto e autorizza la Banca a procedere con tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da BCC Vita S.p.A..
Il pagamento del premio è condizione essenziale per l'efficacia del contratto.
Si rimanda alla compilazione dello specifico mandato per addebito diretto SEPA – SDD.

Il Contraente _____

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente, entro il trentesimo giorno successivo alla data di conclusione del presente contratto, può recedere dallo stesso. La comunicazione di recesso va inviata a mezzo lettera raccomandata presso la Sede Operativa della Società, Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano.
Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a partire dalle ore 24 del giorno di ricevimento della lettera raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, **la Società provvederà a rimborsare al Contraente il premio corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente *dichiara* di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione di
"*BCC Vita - LTC SempreMia*",
(codice Tariffa B001C), 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).**

Il Contraente, essendo stato avvertito prima della sottoscrizione del presente documento di polizza della possibilità di ricevere il Set Informativo in modalità non cartacea o in modalità cartacea, ha scelto la modalità:

☐ **NON CARTACEA**
(consegna su supporto durevole di tipo informatico tramite invio all'indirizzo e-mail xxxxxx@xxxx.xx)

☐ **CARTACEA**

Resta ferma la possibilità di richiedere gratuitamente all'Intermediario copia cartacea della documentazione.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la versione aggiornata dei predetti documenti è disponibile nel sito della Compagnia e/o presso l'Intermediario.

Il Contraente _____

Il Contraente, essendo stato informato prima della sottoscrizione del presente documento di polizza della possibilità di richiedere che le comunicazioni contrattuali previste dalla normativa vigente o comunque correlate al presente contratto gli vengano trasmesse in modalità non cartacea o cartacea, ha scelto la modalità:

☐ **NON CARTACEA**
(consegna su supporto durevole di tipo informatico tramite invio all'indirizzo e-mail xxxxxx@xxxx.xx)

☐ **CARTACEA**

Resta ferma la possibilità di richiedere gratuitamente la documentazione in formato cartaceo, nonché di revocare in ogni momento il consenso in precedenza espresso o di modificare l'indirizzo e-mail fornito inizialmente.

Il Contraente ha espresso il consenso alla modalità di trasmissione delle comunicazioni di cui sopra:

☐ **LIMITATAMENTE A QUESTO CONTRATTO**

☐ **PER TUTTI GLI EVENTUALI SUCCESSIVI CONTRATTI STIPULATI CON LA MEDESIMA COMPAGNIA**

Il Contraente _____

Facsimile

Il Contraente *dichiara,* con riferimento a quanto disposto dall'art. 1341 del cod. civ., di approvare specificatamente le disposizioni di cui alle Condizioni di Assicurazione: Art. 5.1 – Rivedibilità del premio annuo e Art. 10 – Mancato pagamento del premio.

Il Contraente _____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

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

1. **Età Contraente:** [ ] anni
2. **Età Assicurato:** [ ] anni

3. **Qual è il Suo stato occupazionale attuale?**
   - Non occupato [ ]
   - Occupato in modo non continuativo [ ]
   - Dipendente a tempo indeterminato [ ]
   - Lavoratore autonomo/imprenditore [ ]
   - Pensionato [ ]

4. **Lei ha eventuali altri soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?**
   - Sì [ ]
   - No [ ]

5. **Qual è attualmente il Suo livello di reddito lordo annuo?**
   - Fino ad € 20.000,00 [ ]
   - Da € 20.001,00 a € 50.000,00 [ ]
   - Da € 50.001,00 a € 150.000,00 [ ]
   - Oltre € 150.000,00 [ ]

6. **Qual è l'entità del patrimonio liquido o liquidabile a breve a Sua disposizione per l'investimento assicurativo?**
   - Fino ad € 20.000,00 [ ]
   - Da € 20.001,00 a € 50.000,00 [ ]
   - Da € 50.001,00 a € 150.000,00 [ ]
   - Oltre € 150.000,00 [ ]

7. **Quale obiettivo assicurativo-previdenziale intende perseguire in prevalenza con il presente contratto?**
   - Protezione assicurativa di rischio (es. morte) [ ]
   - Previdenza/pensione complementare [ ]
   - Risparmio/investimento [ ]

8. **Come intende perseguire i Suoi obiettivi di protezione/previdenza/risparmio?**
   - Mediante versamenti unici [ ]
   - Mediante versamenti ricorrenti [ ]

9. **Qual è l'orizzonte temporale previsto di disinvestimento?**
   - Breve (da 1 a 5 anni) [ ]
   - Medio (oltre i 5 e fino 10 anni) [ ]
   - Lungo (oltre i 10 anni) [ ]

Fac Simile

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

Milano,

Il Contraente _____

Per l'identificazione di Contraente/Assicurando/Legale Rappresentante

_____

Timbro e firma della Banca

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

Fac-simile

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)

1. Titolare del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è BCC Vita S.p.A., con sede legale in (20143) Milano, Largo Tazio Nuvolari, 1 di seguito anche la "Società" o il "Titolare", Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. – Trieste – Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n.026.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta le seguenti categorie di dati personali: dati anagrafici, dati economico – finanziari; dati relativi allo stato di salute (di seguito, "Dati particolari"); dati inerenti a eventuali condanne penali e/o reati ("Dati giudiziari"), in presenza di una previsione normativa o di un'indicazione dell'Autorità Giudiziaria; dati relativi ai bisogni assicurativi del cliente.
I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d'informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg.UE.

4. Finalità - Base giuridica del trattamento - Natura del conferimento dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal Titolare per le seguenti finalità:

a) Finalità Assicurativa

I. **Proposizione, conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo e dei connessi servizi assicurativi e strumentali** (come ad esempio la verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, la liquidazione delle prestazioni, etc.) **e dei relativi adempimenti normativi** (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all'Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).
In relazione a tali finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l'esecuzione del contratto ai sensi dell'art 6, par. 1, lett. b) Reg. UE, sia per l'adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i.. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

II. **Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE.

III. **Difesa dei diritti del Titolare in sede giudiziaria ed extragiudiziaria.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella tutela degli interessi e diritti propri.

IV. **Comunicazione dei dati relativi al contratto stipulato alle società del Gruppo di appartenenza per finalità amministrative e contabili.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti fra le società del Gruppo di appartenenza per necessità amministrative e contabili.

V. **Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa[1] per la gestione del rischio assicurato.**
La base giuridica per il trattamento dei dati è il legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti per la gestione del rischio assicurato. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

[1] Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

Fac simile

***

Il conferimento dei dati personali è necessario per le finalità di cui alla lettera a) I, II, III, IV, V pertanto, l'eventuale omesso conferimento dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

b) Invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam".

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella promozione via e-mail di prodotti o servizi analoghi rispetto agli acquisti dell'interessato a norma dell'art. 130, comma 4 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i. (cd. "soft spam"), comunicazioni che verranno inviate all'indirizzo e-mail fornito dal cliente in sede di stipula della polizza.

Il conferimento dei dati per questa finalità è facoltativo e resta fermo il Suo diritto di opporsi in ogni momento a tale trattamento, agevolmente e gratuitamente, coi modi indicati nella sezione "Diritti dell'interessato" della presente informativa e/o con quelli indicati all'interno delle comunicazioni commerciali che Le saranno di volta in volta inviate.

c) Finalità di marketing effettuata dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto[2], consistenti, ad esempio, nell'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.

d) 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 poter offrire proposte personalizzate e/o coerenti con le sue necessità e caratteristiche.

e) Finalità di marketing per conto di terzi, effettuato dal Titolare, (con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto), mediante l'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario relativo a prodotti o servizi di tali soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (editoria, automotive, servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, servizi sociosanitari, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia).

f) Finalità di comunicazione dei Suoi dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza, nonché a soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate alla lettera e) **per loro fini di marketing**. Detti soggetti Le rilasceranno, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa.

***

In riferimento alle finalità indicate dalla lettera c) alla lettera f), la base giuridica per il trattamento dei dati è il consenso ai sensi dell'art 6, par. 1, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti non determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

5. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i Suoi Dati Personali potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi[3] coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

Fac simile

[2] Di cui all'art. 130, cc. 1, 2, 3, del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., tramite attività svolte, oltre che con interviste personali, questionari, posta cartacea, telefono - anche cellulare – tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con altri strumenti automatizzati, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web.

[3] Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa"(vedi nota 1), nonchè società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi., ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, e può essere richiesto scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.
I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei Suoi Dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.
I dati raccolti saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o con modalità automatizzate, ivi inclusi i processi decisionali automatizzati che la Società adotta a titolo esemplificativo e non esaustivo per la verifica dei requisiti assuntivi cui è subordinata l'emissione del contratto, per la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti rispetto ai bisogni dei clienti e per lo svolgimento dei controlli antiriciclaggio.

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea[4] oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.
È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.

8. Tempi di conservazione dei dati personali

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte e comunque conservati per periodi di tempo diversi a seconda delle finalità per le quali sono trattati, in conformità della normativa tempo per tempo applicabile.
In particolare, i dati personali trattati per le finalità assicurative indicate alla lettera a) del precedente paragrafo 4 saranno conservati di regola per 10 anni decorrenti 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.
I dati trattati per le finalità di marketing indicate alle lettere c), e), f) del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso, mentre i dati trattati per la finalità di profilazione indicata alla lettera d) del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 24 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso.
In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede amministrativa, civile, penale e stragiudiziale.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg. UE inviando apposita richiesta a mezzo e-mail al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it. Il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

a) il diritto di revoca del consenso prestato;
b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
d) il diritto alla loro cancellazione, ogniqualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;
e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei

[4] la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;

f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;

g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse;

h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, https://www.garanteprivacy.it).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare l.r.p.t.

Fac-Simile

Cognome e Nome del Contraente: XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Prestazione del consenso riferita al Contraente

Presa visione dell'informativa sopra riportata:

□ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**
al trattamento dei dati particolari (stato di salute) **per le finalità relative all'attività assicurativa** (quali indicate al punto 4. lett. a)), da parte del Titolare;

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

□ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**
al trattamento dei dati personali per **finalità di marketing effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4. lett. c));

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 commerciale effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4. lett. d));

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 per conto terzi** (quali indicate al punto 4. lett. e));

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

□ **CONSENTO** □ **NON CONSENTO**
alla comunicazione dei dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza nonché a soggetti terzi per proprie finalità di marketing (quali indicate al punto 4. lett. f));

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

□ **Dichiaro di oppormi all'invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam"** (quali indicate al punto 4. lett. b)).

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

Luogo e data _____

Nome e Cognome_____

Firma del Contraente _____

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. B001C – Ultimo aggiornamento: 21/02/2022