

BAP  **VITA E PREVIDENZA**

BANCASSURANCE POPOLARI S.P.A.
Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“BAP Care”

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE
A PREMIO ANNUO COSTANTE
E CAPITALE ASSICURATO COSTANTE**

Le presenti condizioni di assicurazione sono aggiornate alla data del 8 gennaio 2021

*Le presenti condizioni di assicurazione sono redatte secondo le linee guida del
Tavolo tecnico associativo ANIA “Contratti Semplici e Chiari”*

Indice

GLOSSARIO	3
Art. 1 – Prestazioni Assicurate	5
Art. 1.1 – Beneficiari	5
Che cosa non è assicurato?	6
Art. 2 – Requisiti di assicurabilità e persone non assicurabili	6
Ci sono limiti di copertura?	6
Art. 3 – Esclusioni	6
Art. 3.1 – Carenza	7
Che obblighi ho?	7
Art. 4 – Obblighi del Contraente	7
Art. 4.1 Accertamenti sanitari e professionali	7
Art. 4.2 – Dichiarazioni	9
Art. 4.3 - Richieste di pagamento	10
Art. 4.4 - Prescrizione	11
Art. 4.5 – Indirizzo per le comunicazioni alla Compagnia	11
Quali obblighi ha l'impresa?	11
Art. 5 – Obblighi della Compagnia	11
Art. 5.1 – Liquidazione della Prestazione	11
Art. 5.2 – Obblighi di comunicazione in corso di contratto	11
Quando e come devo pagare?	11
Art. 6 – Premi	11
Quando comincia la copertura e quando finisce?	12
Art. 7 – Conclusione e decorrenza del contratto	12
Art. 7.1 – Durata e termine della copertura assicurativa	12
Art. 7.2 – Sospensione e Riattivazione	12
Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	13
Art. 8 - Diritto di revoca e di recesso	13
Art. 8.1 – Risoluzione del contratto	13
A chi è rivolto questo prodotto?	13
Art. 9 – Persone Assicurate	13
Quali costi devo sostenere?	14
Art. 10 – Costi	14
Sono previsti riscatti o riduzioni?	14
Art. 11 – Riscatto e riduzione	14
Come posso presentare i reclami e risolvere le controversie?	14
Art. 12 - Reclami e risoluzione delle controversie	14
Regime fiscale	15
Art. 13 – Regime fiscale	15
Altre disposizioni applicabili al contratto	15
Art. 14 – Cessione, pegno, vincolo	15
Art. 15 – Legislazione applicabile e rinvio alle norme di legge	15
Art. 16 – Foro Competente	15

GLOSSARIO

Accertamenti Sanitari: insieme degli esami medici (es. visite mediche, esami del sangue, esami diagnostici, etc.) richiesti ai fini della stipula della polizza, inclusa la redazione del “Rapporto di visita medica”. Tali accertamenti sono richiesti in funzione del Capitale assicurato e dell’Età dell’Assicurato alla data di decorrenza.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita è stipulata la polizza assicurativa.

Beneficiario(i) o avente(i) diritto alla prestazione: È la persona fisica o giuridica alla quale la Compagnia paga la prestazione assicurata in caso di decesso dell’Assicurato.

Capitale assicurato: È il capitale che la Compagnia paga, ai Beneficiari designati, in caso di decesso dell’Assicurato entro la scadenza del contratto.

Carenza: È il periodo di tempo che dura 6 mesi a partire dalla decorrenza del contratto entro il quale la copertura assicurativa non è pienamente operante. In caso di decesso dell’Assicurato in tale periodo, la Compagnia, salvo i casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, non paga la prestazione assicurata.

Caricamenti o costi: parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire gli oneri commerciali e amministrativi della Compagnia.

Compagnia: BancAssurance Popolari S.p.A.

Conclusione del contratto: Il contratto si considera concluso quando viene sottoscritto il Modulo di Proposta-Certificato da parte del Contraente e da parte dell’Assicurato, se persona diversa, a condizione che il premio sia stato pagato e che si sia concluso positivamente l’iter Assuntivo descritto nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Condizioni di assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto.

Contraente: È il titolare del contratto ossia la persona fisica di età anagrafica minima di 18 anni o giuridica che sottoscrive il contratto e si impegna ad effettuare il pagamento dei premi, per tutta la durata contrattuale, alla Compagnia. Il Contraente deve essere residente e domiciliato in Italia.

Copertura assicurativa: è la garanzia del pagamento del Capitale Assicurato al verificarsi del decesso dell’Assicurato. I requisiti per la validità della copertura del rischio morte sono disciplinati nelle Condizioni di Assicurazione.

Data di decorrenza: si intendono le ore 24.00 della data indicata nel Modulo di Proposta-Certificato, e nella Lettera Contrattuale di Conferma in cui le garanzie divengono efficaci.

Data di ricezione della richiesta: si intende la data di arrivo, presso la Sede Amministrativa della Compagnia, della documentazione completa in formato cartaceo o digitale.

Detraibilità fiscale: misura del premio versato che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Esclusioni: eventi non compresi in garanzia o limitazioni relativi alla copertura assicurativa.

Età assicurativa: indica il criterio per individuare l’età dell’Assicurato ai fini dell’efficacia delle garanzie di polizza. Tale criterio prevede che l’Assicurato mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno. L’età assicurativa è sempre determinata in anni interi.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche, obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Sono parificati agli Infortuni:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze nocive;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

Intermediario: Soggetto che esercita attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lettera contrattuale di conferma: documento inviato dalla Compagnia al Contraente attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Liquidazione: pagamento al/i Beneficiario/i della prestazione dovuta in caso di decesso dell'Assicurato.

Modulo di Proposta-Certificato: è il documento sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurato, se persona diversa, con il quale viene manifestata alla Compagnia la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione stipulato dal Contraente.

Premio: È l'importo che il Contraente si impegna a versare alla Compagnia in relazione alla copertura prevista dal contratto.

Prescrizione: termine che individua l'arco temporale entro il quale i beneficiari debbono esercitare i loro diritti derivanti dal contratto di Assicurazione. I diritti nascenti dal presente contratto si prescrivono nel termine di 10 anni.

Prestazione assicurata: prestazione erogata dalla Compagnia al verificarsi del decesso dell'Assicurato.

Questionario dell'Assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale (Questionario Sanitario e Professionale): Modulo costituito da domande sullo stato di salute, sulla professione e sulle abitudini di vita dell'Assicurato. Per il presente prodotto è sempre necessaria la compilazione dello stesso.

Rapporto di visita medica: modulo relativo allo stato di salute dell'Assicurato, che deve essere redatto da un medico abilitato all'esercizio della professione in Italia.

Recesso: diritto del Contraente di sciogliere il vincolo contrattuale da esercitare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto.

Revoca della proposta: diritto del Contraente di interrompere la conclusione del contratto, da esercitare non oltre la data di conclusione del Contratto stesso.

Risoluzione del contratto: indica lo scioglimento del vincolo contrattuale nei casi previsti in polizza.

Set informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al Contraente, composto da: il DIP Vita, il DIP aggiuntivo Vita, le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, le informazioni sul trattamento dei dati personali, il Modulo di Proposta-Certificato ed il Questionario dell'Assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale.

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la copertura assicurativa ed erogata la relativa prestazione assicurata. Nel presente contratto è il decesso dell'Assicurato.

Sovrappremio: maggiorazione del premio richiesto al Contraente nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di quanto dichiarato nel Questionario Sanitario e Professionale o da quanto emerso dagli Accertamenti sanitari, presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali oppure svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose.

Spese di emissione: oneri costituiti da importi fissi a carico del Contraente per l'emissione del contratto.

Sportivo Professionista: Persona fisica che svolge attività sportiva a titolo oneroso e con carattere di continuità nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Art. 1 – Prestazioni Assicurate

“BAP Care” è una polizza Temporanea Caso Morte che prevede, in caso di decesso dell’Assicurato nel corso della durata contrattuale, il pagamento da parte della Compagnia ai Beneficiari designati del Capitale assicurato.

Il prodotto è riservato ai Contraenti di uno dei seguenti prodotti: “BAP VITA TWIN SELECTION”, BAP VITA TWIN SELECTION ed. 2019”, “BAP VITA TWIN TOP SELECTION”, “BAP VITA TWIN TOP SELECTION ed. 2019”.

La copertura rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza anche in caso di successivo riscatto totale dei prodotti sopra citati.

Il Contraente deve avere in Italia la residenza ed il domicilio e, se persona fisica, deve avere alla data di decorrenza del contratto una età anagrafica minima di almeno 18 anni. Qualora il Contraente sia una persona giuridica deve avere sede in Italia.

L’importo del Capitale assicurato, fisso per tutta la durata del contratto, è indicato sul Modulo di Proposta-Certificato e dovrà essere compreso tra 50.000,00 Euro e 250.000 Euro selezionando multipli di 50.000,00 Euro.

Esempio:

Il Capitale assicurato selezionabile alla sottoscrizione è pari ad uno dei seguenti importi:

- 50.000,00 Euro
- 100.000,00 Euro
- 150.000,00 Euro
- 200.000,00 Euro
- 250.000,00 Euro

Il decesso è coperto senza limiti di territorio e quindi ovunque il decesso stesso accada.

In caso di sopravvivenza dell’Assicurato alla scadenza contrattuale la copertura assicurativa termina ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio assunto dalla Compagnia.

Art. 1.1 – Beneficiari

Beneficiario è il soggetto designato in forma nominativa dal Contraente che ha diritto di ricevere la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica il decesso dell’Assicurato. In mancanza di designazione in forma nominativa, per Beneficiari si intendono gli eredi designati per testamento o gli eredi legittimi dell’Assicurato.

La designazione dei Beneficiari può avvenire anche attraverso la specifica attribuzione delle somme o dei diritti derivanti dalla polizza fatta nel testamento.

Il Contraente non può designare l’Intermediario come Beneficiario della Prestazione assicurativa.

Il Contraente può in qualsiasi momento revocare e modificare la designazione del Beneficiario effettuata in sede di sottoscrizione della Polizza, con comunicazione in forma scritta alla Compagnia o all’Intermediario o mediante testamento (purché la relativa disposizione testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alla polizza sottoscritta).

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

- a) dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l’accettazione del beneficio;
- b) dopo la morte del Contraente;
- c) dopo la morte dell’Assicurato.

In conformità all’art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario acquisisce, per il fatto di essere stato designato, un diritto proprio ai vantaggi dell’assicurazione. Ciò significa in particolare che le somme liquidate dalla Compagnia in seguito al decesso dell’Assicurato non entrano a far parte dell’asse ereditario di questo ultimo.

In caso di pluralità di Beneficiari, la Compagnia provvederà a liquidare la prestazione assicurata in parti uguali, salvo diversa indicazione rilasciata alla Compagnia dal Contraente o dettagliata nel testamento dell’Assicurato.

Al fine di essere certi che le somme dovute vengano effettivamente riscosse dai Beneficiari si evidenzia che il Contraente ha la possibilità di:

- **informare i Beneficiari dell’esistenza del contratto;**
- **evitare designazioni generiche, dando preferenza ad indicazioni nominative;**

- **indicare un Referente terzo, diverso dal/i Beneficiario/i, che la Compagnia potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per il pagamento della prestazione assicurativa a favore del/i Beneficiario/i designato/i, quando non risulti possibile contattare il/i Beneficiario/i stesso/i.**

Che cosa non è assicurato?

Art. 2 – Requisiti di assicurabilità e persone non assicurabili

Il presente contratto, ai fini della sottoscrizione e della validità della copertura assicurativa, prevede la compilazione e la sottoscrizione da parte dell'Assicurato del “Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale” oltre che il rispetto da parte dello stesso dei requisiti di seguito dettagliati.

È assicurabile la persona fisica che:

- è capace di agire;
- ha in Italia la residenza ed il domicilio;
- alla decorrenza del contratto ha un'età anagrafica minima di 18 anni;
- alla scadenza del contratto ha un'età assicurativa massima di 80 anni;
- ha risposto “NO” a tutte le domande del “Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale”;
- ha espletato l'iter assuntivo indicato al successivo Art 4.1 “Accertamenti sanitari e professionali” e tale iter si è concluso con l'accettazione della Proposta da parte della Compagnia.

Non sono assicurabili coloro che

- **svolgono una delle seguenti professioni o attività: acrobata, trapezista, agente di custodia, agente di polizia, artificiere, attività con presenza/uso di esplosivi e/o materiali tossici., carabiniere, ciclista professionista, corpo forestale, fisico esposto a radiazioni, domatore, forze armate, guardia di finanza, guardia giurata/notturna, guida alpina, ingegnere minerario, minatore, pilota professionista auto e moto, pirotecnico, portavalori, pugile professionista, sommozzatore, palombaro, stuntman.**

Sono invece assicurabili solo a seguito di specifica accettazione da parte della Compagnia

- coloro che svolgono una delle seguenti professioni o attività: autista autocarri/tir/bus, elettricista alta tensione, fantino, lavoratore edile, operaio portuale, personale volo civile, pilota aeromobili, radiologo, tecnico di radiologia, ruspista, trattorista, servizio carcerario, soffiatore/tagliatore vetri, tecnico petrolifero, tornitore, fresatore, fonditore, vigile del fuoco, operatore forestale/boscaiolo;
- coloro che hanno risposto “SI” anche a solo una delle domande del “Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale”.

In tali circostanze la Compagnia potrebbe rifiutare la proposta di assicurazione o chiedere, per garantire l'assicurabilità, una maggiorazione del premio al Contraente (c.d. sovrappremio professionale o sanitario).

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3 – Esclusioni

Il decesso dell'Assicurato non è coperto se deriva:

- da dolo dell'Assicurato ovvero del Contraente o del Beneficiario;**
- dalla partecipazione attiva dell'Assicurato: a atti dolosi, a fatti di guerra, dichiarata o di fatto; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;**
- da azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di sottoscrizione della presente polizza; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico; i Sinistri provocati da volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- da infortuni di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- da partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**

- f) da malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni, dell'Assicurato, anche conseguenti ad infortunio, nonché delle conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, verificatesi o insorte prima della data di decorrenza della copertura assicurativa, note all'Assicurato;
- g) da infortuni e malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuro-psichiatriche o epilessia;
- h) da malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- i) da malattie od infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- j) da malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta della pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai, pugilato, lotta nelle varie forme, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere, paracadutismo;
- k) da malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, helisnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snow rafting, skeleton, slittino, bobsleigh, motoslitta e similari;
- l) da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- m) da fatti collegati all'esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: acrobata, trapezista, agente di custodia, agente di polizia, artificiere, attività con presenza/uso di esplosivi e/o materiale tossico, carabiniere, ciclista professionista, corpo forestale, fisico esposto a radiazioni, domatore, forze armate, guardia di finanza, guardia giurata/notturna, guida alpina, ingegnere minerario, minatore, pilota professionista auto e moto, pirotecnico, portavalori, pugile professionista, sommozzatore, palombaro, stuntman.
- n) qualora non preventivamente ed esplicitamente accettato dalla Compagnia in fase di assunzione, da fatti collegati all'esercizio a parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: autista autocarri/tir/bus, elettricista alta tensione, fantino, lavoratore edile, operaio portuale, personale volo civile, pilota aeromobili, radiologo, tecnico di radiologia, ruspista, trattorista, servizio carcerario, soffiatore/tagliatore vetri, tecnico petrolifero, tornitore, fresatore, fonditore, vigile del fuoco, operatore forestale/boscaiolo.

In caso di decesso non coperto i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia per il rischio assunto.

Art. 3.1 – Carenza

Nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza della polizza, qualora il presente contratto sia stato stipulato senza la presentazione del “Rapporto di visita medica” (secondo quanto previsto all'Art. 4.1), l'efficacia della garanzia risulta limitata al solo decesso che sia conseguenza diretta di Infortunio, avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza.

Per Infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora la morte sopravvenga durante il periodo di carenza, e non sia dovuta ad Infortunio, la copertura non opera e i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia per il rischio assunto.

Qualora, preventivamente all'accettazione della Proposta da parte della Compagnia, l'Assicurato accetti di presentare il Rapporto di Visita Medica e di fornire l'eventuale ulteriore documentazione assuntiva richiesta dalla Compagnia, il suddetto periodo di Carenza di 6 mesi non troverà applicazione.

Che obblighi ho?

Art. 4 – Obblighi del Contraente

Art. 4.1 Accertamenti sanitari e professionali

La conclusione e l'efficacia del contratto è condizionata al preventivo accertamento da parte della Compagnia delle condizioni di salute dell'Assicurato nonché della professione svolta dallo stesso.

A tal fine all'Assicurato è richiesto, secondo la tabella sotto riportata ed in funzione del capitale assicurato, di:

1. compilare il “Questionario dell'Assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale” (di seguito indicato come “Questionario Sanitario e Professionale”);

2. presentare il “Rapporto di Visita Medica” redatto da un medico;
3. presentare altri accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.

SOMMA ASSICURATA	DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA RICHIESTA
<i>Fino a € 250.000,00</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionario Sanitario e Professionale
<i>Oltre € 250.000,00 Fino a € 350.000,00</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionario Sanitario e Professionale ✓ Rapporto di Visita Medica ✓ Esame completo delle urine ✓ Esami del sangue (<i>HbsAg e HCV, Test HIV, Emocromo completo con piastrine. VES, Glicemia Colesterolemia totale, HDL e LDL Trigliceridemia, Creatinemia, Transaminasi -AST+ALT-, Gamma GT</i>) ✓ Elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo
<i>Oltre € 350.000,00 Fino a € 500.000,00</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionario Sanitario e Professionale ✓ Rapporto di Visita Medica ✓ Esame completo delle urine ✓ Esami del sangue (<i>HbsAg e HCV, Test HIV, Emocromo completo con piastrine. VES, Glicemia Colesterolemia totale, HDL e LDL Trigliceridemia, Creatinemia, Transaminasi -AST+ALT-, Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Protidogramma elettroforetico, Fosfasi alcalina, Tempo di protrombina, Prostatic Specific Antigen per assicurati di sesso maschile</i>) ✓ Elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo
<i>Oltre € 500.000,00</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionario Sanitario e Professionale ✓ Rapporto di Visita Medica ✓ Esame completo delle urine ✓ Esami del sangue (<i>HbsAg e HCV, Test HIV, Emocromo completo con piastrine. VES, Glicemia Colesterolemia totale, HDL e LDL Trigliceridemia, Creatinemia, Transaminasi -AST+ALT-, Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Protidogramma elettroforetico, Fosfasi alcalina, Tempo di protrombina, Prostatic Specific Antigen per assicurati di sesso maschile, AFP - alfafetoproteine-, CEA -Antigene carcino-embrionale-, Omocisteina</i>) ✓ Elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo ✓ Ecocardioppler con visita cardiologica ✓ Ecografia addome completo

Tali documenti vengono raccolti dall’Intermediario ed inviati alla Compagnia.

Le Somme Assicurate indicate nella tabella di cui sopra sono da intendersi come *massimale cumulativo* per tutte le coperture assicurative caso morte che l’Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia.

La Compagnia, anche qualora non espressamente indicato nella tabella di cui sopra, si riserva il diritto di richiedere la compilazione del “Rapporto di Visita Medica” una volta esaminato il “Questionario Sanitario e Professionale”.

In fase di sottoscrizione, all’interno del Questionario Sanitario e Professionale, verrà richiesta la professione svolta dall’Assicurato. **Qualora la professione indicata sia tra quelle elencate nell’Art.2, la Compagnia non accetterà la proposta di copertura.**

A fronte della documentazione assuntiva ricevuta **la Compagnia si riserva il diritto di:**

- **accettare la proposta del Contraente senza riserve.** In tale circostanza verrà inviata al Contraente una lettera con l’indicazione del numero di polizza;
- **richiedere ulteriore documentazione** necessaria per la corretta valutazione dello stato di salute ovvero della professione svolta dall’Assicurato;
- **accettare la proposta del Contraente a fronte di una maggiorazione del premio (c.d. sovrappremio sanitario o professionale).** In tale circostanza verrà inviata al Contraente una lettera con l’indicazione del numero di polizza;

- **rifiutare la Proposta del Contraente.** Di tale circostanza la Compagnia darà comunicazione al Contraente o per il tramite dell'Intermediario o attraverso una lettera raccomandata A/R indirizzata al Contraente stesso e la Compagnia provvederà a rimborsare il premio eventualmente corrisposto.

Se la Proposta è accettata dalla Compagnia a seguito della esclusiva compilazione del “Questionario Sanitario e Professionale” l'efficacia della garanzia del capitale in caso di morte nei primi 6 mesi di assicurazione, risulterà limitata al solo decesso che sia conseguenza diretta di Infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza (**Periodo di Carenza**). Qualora, preventivamente all'accettazione della Proposta da parte della Compagnia, l'Assicurato accetti di presentare il Rapporto di Visita Medica e di fornire l'eventuale ulteriore documentazione assuntiva richiesta dalla Compagnia, il suddetto periodo di Carenza di 6 mesi non verrà applicato.

Art. 4.2 – Dichiarazioni

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte complete e veritiere.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute ed alla professione svolta che, richieste dalla Compagnia all'atto della compilazione del Modulo di Proposta-Certificato, del Questionario Sanitario e Professionale o del Rapporto di Visita Medica devono corrispondere a verità ed esattezza.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:

- in caso di *dolo o colpa grave* ai sensi dell'art. 1892 c.c.:
 - di impugnare il contratto al fine di ottenerne l'annullamento, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, trascorso questo periodo la Compagnia non può più impugnare il contratto;
 - di rifiutare il pagamento se il sinistro si verifica prima che sia trascorso il termine sopra indicato per l'impugnazione o nel caso in cui la scoperta della reticenza o dichiarazione inesatta avvenga in occasione del sinistro.
- quando *non* esiste dolo o colpa grave ai sensi dell'art. 1893 c.c.:
 - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza mediante dichiarazione da presentare al Contraente;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta, in ogni caso, una rettifica del capitale assicurato che sarà rideterminato sulla base dei dati reali.

L'inesatta indicazione della professione dell'Assicurato può comportare l'inefficacia della copertura assicurativa. In questo caso la Compagnia provvederà alla risoluzione della copertura assicurativa.

Se nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizia una delle attività professionali rappresentate nell'Art.2 ed indicate tra le professioni non assicurabili o assicurabili solo a seguito di specifica accettazione da parte della Compagnia, **lo stesso o il Contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione** scritta alla Compagnia secondo le modalità indicate all'Art. 4.5. La Compagnia informerà il Contraente se intende maggiorare il premio dovuto o lasciarlo invariato, eventualmente escludendo dalla copertura l'attività dichiarata. L'Assicurato, entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione/dichiarazione della Compagnia, deve dichiarare se intende accettare la proposta, in caso di mancata accettazione della stessa la Compagnia provvederà alla risoluzione della copertura assicurativa, salvo il diritto della Compagnia al premio relativo al periodo di assicurazione in corso. La mancata comunicazione del cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato comporta l'applicazione di quanto previsto relativamente alle dichiarazioni inesatte e reticenti da considerarsi con dolo e comunque con colpa grave.

Nel corso della durata contrattuale **il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente in forma scritta**, secondo le modalità indicate all'Art. 4.5, ogni eventuale variazione alla residenza, domicilio o sede anche al fine di consentire una corretta informativa in corso di contratto nonché l'eventuale spostamento di residenza, di domicilio o di sede. In caso di inadempimento, il Contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato alla Compagnia, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.

Art. 4.3 - Richieste di pagamento

Le richieste di pagamento rivolte alla Compagnia debbono essere accompagnate dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo del pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

I documenti necessari per le richieste di liquidazione, da inoltrare alla Compagnia con le modalità indicate all'art. 4.5, sono di seguito elencati:

Sinistro per morte naturale:

1. Fotocopia di un documento di identità valido e codice fiscale, relativi agli aventi diritto alla prestazione;
2. Certificato di morte dell'Assicurato, con l'indicazione della data di nascita, in originale;
3. Relazione medica circa la causa del decesso da compilare, in ogni sua parte, sul modulo predisposto dalla Compagnia. La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione di carattere sanitario in considerazione di particolari esigenze istruttorie;
4. Atto notorio o dichiarazione sostitutiva in originale, autenticata da pubblico ufficiale, per prestazioni assicurative non superiori ad Euro 300.000,00; atto notorio qualora la prestazione sia superiore al citato importo di euro 300.000,00. Tale documento, attestante lo stato successorio della persona deceduta, dovrà indicare se il defunto abbia o meno lasciato testamento e, se necessario, l'elenco completo di tutti i suoi eredi. Nel caso di esistenza di testamento dovrà inoltre essere inviata la copia autentica ed integrale del verbale di deposito e pubblicazione del testamento stesso e l'atto notorio o dichiarazione sostitutiva dovrà attestare che il testamento è l'unico conosciuto, valido e non impugnato.
Nel caso di esistenza di più testamenti, poiché le parti degli stessi non espressamente annullate dal testatore, restano in vigore, l'atto notorio o dichiarazione sostitutiva dovrà altresì precisare che, oltre ai testamenti ivi riferiti, dei quali pure dovranno essere inviati i relativi verbali di deposito e pubblicazione, non ve ne sono altri a conoscenza dei dichiaranti. I predetti documenti (atto notorio e/o dichiarazione sostitutiva) non sono necessari, a prescindere dal valore delle prestazioni assicurate, nel caso di designazione irrevocabile del Beneficiario, ossia nel caso in cui il Contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca del Beneficiario e quest'ultimo ha comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio ai sensi dell'art. 1921 del codice civile;
5. Certificato di esistenza in vita relativo agli aventi diritto alla prestazione.

Sinistro per morte violenta (es. incidente stradale, omicidio, suicidio, etc.):

oltre alla documentazione prevista per il caso di morte naturale, ad eccezione della relazione medica di cui al precedente punto 3, occorre consegnare anche la copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'autorità giudiziaria (ovvero certificato della Procura della Repubblica o altro documento rilasciato dalle competenti autorità, come verbali di indagini, altri atti e/o provvedimenti processuali, etc.), da cui si desumano le precise circostanze del decesso.

Norme particolari riguardanti i documenti da consegnare*a. minore età dell'avente diritto o interdetto*

Qualora l'avente diritto sia minorenne ovvero interdetto è necessario che la documentazione comprenda anche il decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la potestà genitoriale o il tutore a riscuotere ed eventualmente a reimpiegare l'importo, con espresso esonero della Compagnia da ogni ingerenza e responsabilità al riguardo.

b. parziale capacità dell'avente diritto

Qualora l'avente diritto versi in condizioni di parziale capacità di intendere e di volere (persona inabilitata o emancipata o soggetta ad amministrazione di sostegno), è necessario che la richiesta di liquidazione venga sottoscritta, oltre che dall'avente diritto, anche dal curatore o dall'amministratore di sostegno. Questi ultimi dovranno produrre il decreto del Giudice Tutelare contenente la loro nomina e l'autorizzazione alla riscossione con le modalità indicate al punto che precede.

c. vincoli gravanti sulla polizza

Nel caso in cui la polizza risulti vincolata (oppure costituita in pegno), la domanda di ottenimento delle prestazioni, oltre che dall'avente diritto, dovrà essere sottoscritta anche dal soggetto vincolatario, il quale indicherà l'entità della sua pretesa sulla polizza, ovvero, essendo cessate le ragioni di vincolo o pegno, il suo espresso consenso all'integrale liquidazione delle prestazioni in favore del Beneficiario.

Ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio, ai fini della liquidazione, è necessario preventivamente procedere all'identificazione e alla verifica dei dati relativi ai Beneficiari.

Eventuale ulteriore documentazione finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni e l'esatta individuazione degli aventi diritto, potrà essere richiesta in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Per ogni tipo di liquidazione, ove l'avente diritto non abbia, ai sensi della vigente normativa, fornito in precedenza il consenso al trattamento dei propri dati, il consenso stesso dovrà essere manifestato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la Compagnia.

Art. 4.4 - Prescrizione

Si ricorda che i diritti derivati dal contratto di assicurazione ove non esercitati si prescrivono dopo dieci anni dal momento in cui possono essere fatti valere (art. 2952, comma 2, del Codice Civile), dopodiché gli importi dovuti e non reclamati dai beneficiari sono devoluti al Fondo istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo i termini e le modalità stabiliti dalla Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni.

Art. 4.5 – Indirizzo per le comunicazioni alla Compagnia

Le comunicazioni alla Compagnia a cui si fa riferimento nel presente contratto, possono essere presentate tramite richiesta all'Intermediario attraverso il quale il Contraente ha sottoscritto il contratto di assicurazione oppure alla Compagnia con lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo:

BancAssurance Popolari S.p.A.
Team Operations
Via Francesco De Sanctis, 11
00195 - Roma

Si ricorda che per le comunicazioni per le quali è previsto un termine di riscontro da parte della Compagnia, detto termine decorre dal momento della ricezione della documentazione completa.

Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 5 – Obblighi della Compagnia

Art. 5.1 – Liquidazione della Prestazione

A seguito del decesso dell'Assicurato, verificata l'esistenza dell'obbligo di pagamento del capitale assicurato, la Compagnia mette a disposizione la somma dovuta nei 30 giorni successivi al ricevimento della documentazione completa. Scaduto tale termine, saranno dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

In caso di liquidazione di più Beneficiari, l'importo dovuto sarà versato in un'unica soluzione dietro ricevimento della documentazione completa da parte di tutti gli aventi diritto.

Il pagamento viene effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato agli aventi diritto alla prestazione.

Art. 5.2 – Obblighi di comunicazione in corso di contratto

La Compagnia comunica al Contraente il numero di polizza e la data di decorrenza del contratto tramite l'invio di una apposita Lettera contrattuale di conferma.

La Compagnia trasmette entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione dei premi versati e del capitale assicurato.

Quando e come devo pagare?

Art. 6 – Premi

La presente polizza prevede il pagamento di un premio anticipato costante, annuale o mensile, per tutta la durata della copertura assicurativa. In caso di pagamento mensile, ciascuna rata è maggiorata di 0,50 euro a titolo di diritto di frazionamento. La frequenza di pagamento (annuale o mensile) potrà essere scelta alla decorrenza del contratto e potrà essere modificata in corrispondenza delle ricorrenze annuali della polizza.

Il pagamento del primo premio (annuale o mensile) deve avvenire non oltre la data di decorrenza del contratto; il pagamento dei premi successivi deve avvenire a ciascuna ricorrenza annuale o mensile della data di decorrenza, in funzione della frequenza di pagamento prescelta.

Il premio deve essere versato a favore della Compagnia esclusivamente mediante addebito in conto corrente del Contraente qualora l'Intermediario sia UBI Banca S.p.A ovvero tramite bonifico bancario (su conto corrente intestato alla Compagnia), qualora l'Intermediario sia INTESA SANPAOLO INSURANCE AGENCY S.p.A..

L'importo del premio è determinato in funzione dell'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto, della durata prescelta, del capitale assicurato scelto (ed indicato nel Modulo di Proposta-Certificato), dello stato di salute e dell'attività professionale svolta.

Il premio annuo non potrà essere inferiore a 60,00 Euro.

In base alla documentazione raccolta in fase di assunzione circa lo stato di salute e la professione svolta dall'Assicurato, la Compagnia potrebbe richiedere un sovrappremio sanitario o professionale per dare corso alla copertura.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 7 – Conclusione e decorrenza del contratto

Il contratto si considera concluso quando viene sottoscritto il Modulo di Proposta-Certificato da parte del Contraente e da parte dell'Assicurato, se persona diversa, a condizione che:

- ✓ il premio sia stato corrisposto;
- ✓ sia stato positivamente concluso con l'accettazione della Proposta da parte della Compagnia l'iter assuntivo indicato al precedente Art 4.1 "Accertamenti sanitari e professionali".

La Copertura Assicurativa decorre ed entra in vigore dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Proposta-Certificato.

La conclusione del contratto è altresì subordinata, in base a quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

Art. 7.1 – Durata e termine della copertura assicurativa

La durata del contratto, scelta dal Contraente e riportata nel Modulo di Proposta-Certificato, è compresa **tra i 2 ed i 30 anni**.

Il presente Contratto, tuttavia, si estingue e la copertura assicurativa cessa di avere efficacia alle ore 24:00 del giorno in cui si è verificato il primo dei seguenti eventi:

- scadenza della copertura assicurativa;
- decesso dell'Assicurato;
- compimento del 81° anno di età assicurativa da parte dell'Assicurato;
- revoca o recesso, come indicato nell'Art. 8;
- interruzione del pagamento del premio, come indicato nell'Art. 7.2;
- annullamento o recesso dalla copertura assicurativa da parte della Compagnia ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C. con effetto dalla data in cui la Compagnia invierà la relativa comunicazione scritta all'Assicurato.

Art. 7.2 – Sospensione e Riattivazione

Qualora entro trenta giorni dalla data di ricorrenza del premio non sia pervenuto il pagamento alla Compagnia, il contratto si intende sospeso. Entro 90 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare la copertura assicurativa pagando la rata di premio arretrata. L'assicurazione entra in vigore nuovamente, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 90 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione non può più essere riattivata, la copertura termina e i premi pagati rimangono acquisiti definitivamente dalla Compagnia.

Esempio 1:

data di sottoscrizione: 23/03/2020

durata: 10 anni

frazionamento: mensile

data di ricorrenza: 23/04/2020, 23/05/2020, 23/06/2020, 23/07/2020, 23/08/2020, 23/09/2020, 23/10/2020, 23/11/2020, 23/12/2020, 23/01/2021, 23/02/2021,, 23/01/2030, 23/02/2030

Mancato pagamento: rata del 23/07/2019

Sospensione: 23/08/2020

Termine massimo per la riattivazione: 23/10/2020

Esempio 2:

data di sottoscrizione: 23/03/2020

durata: 10 anni

frazionamento: annuale

data di ricorrenza: 23/03/2021, 23/03/2022,, 23/03/2029

Mancato pagamento: rata del 23/03/2022

Sospensione: 23/04/2022

Termine massimo per la riattivazione: 23/06/2022

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

Art. 8 - Diritto di revoca e di recesso

Il Contraente può - entro la data di conclusione del contratto - revocare la proposta. Entro 30 giorni dalla data di conclusione può esercitare il recesso del contratto mediante richiesta da effettuarsi con le modalità indicate all'art. 4.5 e previa consegna dell'originale del contratto di assicurazione e delle eventuali appendici di variazione contrattuale.

La Compagnia provvede a rimborsare il premio eventualmente corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca o recesso e della relativa documentazione completa.

In caso di recesso verrà applicata la deduzione dal premio delle spese connesse all'emissione del contratto pari a 30,00 Euro, indicate nel Modulo Proposta-Certificato.

Art. 8.1 – Risoluzione del contratto

Il mancato pagamento del premio comporta la risoluzione del contratto, salvo il diritto di riattivazione del contratto secondo le modalità, i tempi e le condizioni di cui all'Art.7.2.

I premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia a copertura del rischio corso.

A chi è rivolto questo prodotto?

Art. 9 – Persone Assicurate

Il prodotto è destinato alla clientela che si prefigge l'obiettivo di proteggere i propri affetti, grazie alla liquidazione di un capitale assicurato, come identificato in polizza, in caso di premorienza dell'Assicurato. L'Assicurato, deve avere un'età assicurativa alla data di sottoscrizione del Modulo di Proposta-Certificato compresa tra i 18 ed i 79 anni non compiuti e inferiore o uguale ai 80 anni alla scadenza contrattuale. Il Contraente può essere anche una persona giuridica, che stipula il presente contratto con l'obiettivo di proteggere il patrimonio aziendale.

Il prodotto è riservato ai Contraenti di uno dei seguenti prodotti: “BAP VITA TWIN SELECTION”, BAP VITA TWIN SELECTION ed. 2019”, “BAP VITA TWIN TOP SELECTION”, “BAP VITA TWIN TOP SELECTION ed. 2019”.

La copertura rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza anche in caso di successivo riscatto totale dei prodotti sopra citati.

Quali costi devo sostenere?

Art. 10 – Costi

Costi sui premi

I costi gravanti sui premi (caricamenti), indipendenti da sesso ed età, sono indicati nella tabella sotto riportata:

<i>Sesso</i>	<i>Età</i>	<i>Caricamento percentuali del premio</i>
Indifferente	Indifferente	18,00%

Costi di frazionamento del premio annuo

Il premio annuo può essere frazionato in 12 rate mensili, ciascuna maggiorata del diritto di frazionamento di 0,50 €.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al presente prodotto è pari all'8,00% del premio.

I presenti costi di intermediazione non si intendono aggiuntivi, ma sono compresi nei costi sopra indicati.

Altri Costi

Il costo della visita medica e degli eventuali ulteriori Accertamenti Sanitari richiesti è a carico del Contraente.

Sono previsti riscatti o riduzioni?

Art. 11 – Riscatto e riduzione

Il riscatto e/o la riduzione delle prestazioni assicurate per il presente contratto non sono ammessi.

Come posso presentare i reclami e risolvere le controversie?

Art. 12 - Reclami e risoluzione delle controversie

I reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla Compagnia e nello specifico alla Funzione Reclami di BancAssurance Popolari S.p.A., Via Francesco De Sanctis, 11 – 00195 Roma, oppure inviati via fax al numero 06.42.045.831 o mediante e-mail a: reclami@bancassurance.it.

Il termine di risposta ai reclami previsto dalla normativa è di 45 giorni dalla ricezione del reclamo.

Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa di assicurazione abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie nascenti dal contratto, prima di adire l'Autorità Giudiziaria è necessario interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il tentativo di Mediazione è obbligatorio e costituisce condizione di procedibilità della causa civile. E' possibile anche avvalersi del procedimento di negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile

Regime fiscale

Art. 13 – Regime fiscale

Imposte sui premi

I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

Detrazione fiscale dei premi

Il presente contratto dà diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dal Contraente nel periodo d'imposta a fronte di: eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte; polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana; eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali il Contraente prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti da IRPEF ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986 e non sono assoggettate all'imposta sulle successioni. Nel caso in cui il Contraente eserciti attività d'impresa si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.) la cui applicazione può dipendere da una serie di elementi quali la natura del rapporto fra il Contraente e l'Assicurato.

Altre disposizioni applicabili al contratto

Art. 14 – Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno e vincolare le prestazioni. Questi atti sono efficaci nei confronti della Compagnia solo con l'annotazione su apposita appendice.

In caso di pegno o vincolo, ogni operazione che riduce il valore del contratto richiede l'assenso scritto del pignoratario (chi beneficia del pegno) o vincolatario (chi beneficia del vincolo).

Il Contraente non può designare l'Intermediario come vincolatario della Prestazione assicurativa.

Art. 15 – Legislazione applicabile e rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, ferme le norme di diritto internazionale privato applicabili.

Per tutto quanto non disciplinato dalle disposizioni contenute nel presente contratto valgono le norme di legge vigenti in materia.

Art. 16 – Foro Competente

Il foro competente per qualsiasi controversia riguardante il presente contratto è in via esclusiva il luogo di residenza o domicilio, a scelta, del Contraente o degli aventi diritto alla prestazione.