

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

BAP Defense

Art. 1 – Natura e oggetto del contratto – Persone e prestazioni Assicurate

Il contratto prevede, le seguenti prestazioni:

- liquidazione **totale** del capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di morte dell'Assicurato, avvenuta nel corso della durata contrattuale e antecedentemente alla prima diagnosi di Malattia grave;
- liquidazione dell'**anticipo del 50%** del capitale all'Assicurato in caso di Malattia grave, meglio precisata all'art.6, a lui diagnosticata nel corso della durata contrattuale;
- liquidazione del **rimanente 50%** al Beneficiario se la morte dell'Assicurato sopravviene, nel corso della durata contrattuale, dopo l'anticipazione per Malattia grave di cui al punto precedente.

Il presente contratto è riservato esclusivamente ai clienti che, al momento della sottoscrizione, risultino essere contraenti dei prodotti “BAP VITA TWIN SELECTION ed.2019” e “BAP VITA TWIN TOP SELECTION ed.2019” e non può essere collocato separatamente.

Tale copertura rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza anche in caso di successivo riscatto totale delle polizze multiramo sopra citate.

Il capitale assicurato è indicato sul Modulo di Polizza.

Le suddette prestazioni sono garantite a condizione che l'Assicurato, all'atto della stipula del contratto, abbia un'età minima di 20 anni e massima di 60 anni, ed alla scadenza contrattuale non abbia un'età superiore a 65 anni.

L'età è calcolata in anni assicurativi (Età assicurativa).

Il decesso e le Malattie gravi, di cui all'art. 6, sono coperti senza limiti di territorio e qualunque ne sia la causa, con i limiti precisati agli artt. 6, 10 e 12.

Art. 2 – Conclusione del contratto e decorrenza delle garanzie

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Compagnia ha comunicato al Contraente l'accettazione della proposta mediante consegna del documento di polizza.

La copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento del premio ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La data di decorrenza del contratto è indicata nel modulo di polizza e la relativa copertura assicurativa entra in vigore a condizione che il premio sia stato pagato.

La stipulazione del contratto richiede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, il quale ne accetta modalità ed oneri. Tuttavia, se il capitale da garantire, considerando anche tutte le altre polizze in essere con la Compagnia che assicurano il decesso, non sia superiore ad Euro 200.000,00 è possibile non sottoporsi ai suddetti accertamenti sanitari a condizione che le risposte riportate nel modulo “Questionario dell'Assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale” siano tutte negative.

In caso di assicurazione assunta senza accertamenti sanitari, l'efficacia della garanzia è sottoposta ai termini di carenza di cui all'art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

Art. 3 – Durata e termine della copertura assicurativa

La durata del contratto è scelta dal Contraente e può essere tra i 5 e i 10 anni.

La copertura assicurativa in ogni caso termina:

- alla scadenza contrattuale;
- il giorno del decesso dell'Assicurato;
- in caso di mancato pagamento del premio, fatto salvo il diritto di riattivazione del contratto secondo le modalità, i tempi e le condizioni di cui al successivo art. 11;
- se la diagnosi della Malattia grave avviene durante il periodo di carenza;
- in caso di recesso.

L'Assicurato dovrà inoltre dichiarare per iscritto nel Modulo di Proposta-Certificato il proprio consenso all'assicurazione a norma dell'art. 1919 del Codice Civile.

Art. 4 – Revoca della proposta e diritto di recesso

Il Proponente può revocare la proposta non oltre la data di conclusione del contratto, informandone la Compagnia tramite lettera raccomandata A/R, contenente gli elementi identificativi della proposta. In alternativa, e sempre nei termini previsti, il Proponente può esercitare il diritto di revoca presentando una comunicazione alla filiale della Banca distributrice presso la quale ha sottoscritto il contratto.

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, informandone la Compagnia tramite lettera raccomandata A/R, contenente gli elementi identificativi del contratto. In alternativa, e sempre nei termini previsti, il Contraente può esercitare il diritto di recesso presentando una comunicazione alla filiale della Banca distributrice presso la quale ha sottoscritto il contratto.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione del recesso la Compagnia, dietro consegna dell'originale della polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale, rimborsa al Contraente il premio eventualmente versato, con la deduzione delle spese connesse all'emissione del contratto pari a 30,00 Euro.

Per data di ricezione della comunicazione della revoca o del recesso si intende la data di arrivo presso la Sede amministrativa della Compagnia di tutta la documentazione cartacea necessaria per le pratiche di liquidazione delle somme dovute. Tale data è apposta o sulla ricevuta di ritorno della raccomandata o sulla richiesta stessa con apposito timbro di arrivo, qualora la spedizione avvenga tramite posta interna dalle filiali collocatrici.

Art. 5 – Facoltà di non accettazione della proposta da parte della Compagnia

La Compagnia si riserva il diritto di non accettare la proposta. Tale diritto viene esercitato mediante lettera raccomandata A/R indirizzata al Proponente stesso.

Art. 6 – Elenco e definizioni delle “Malattie gravi”

Ai fini della presente assicurazione si intendono per “Malattie gravi” esclusivamente le seguenti patologie:

- I. **Cancro:** Tumore maligno caratterizzato da crescita incontrollata e dal diffondersi di cellule maligne che invadono e distruggono i tessuti vicini e/o dà luogo a metastasi. In tale tipologia rientrano anche la Leucemia, i tumori come i linfonodi e la malattia di Hodgkin. Sono qui compresi i melanomi maligni, se il tumore è più grande o uguale a pT2 (classificazione internazionale TNM) oppure di livello Clark III oppure secondo la scala Breslow (>0,75 mm di spessore verticale). La data di formulazione della diagnosi è la data in cui viene stabilita la diagnosi definitiva sulla base del referto istologico e/o anatomo-patologico.

Sono esclusi:

1. i Tumori benigni o precancerosi;
2. i Tumori non invasivi e tumori “in situ” (Tis);
3. displasia cervicale CIN I–III;
4. carcinoma della vescica allo stadio Ta (classificazione internazionale TNM);
5. carcinoma papillare e follicolare della tiroide, diagnosticato istologicamente come T1a (classificazione internazionale TNM) (tumore con dimensione ≤ di 1 cm), salvo

interessamento di linfonodi e/o metastasi a distanza;

6. leucemia cronica dei linfociti (CLL);
7. ogni tumore della pelle non menzionato nella definizione;
8. tutti i tumori che si manifestano in presenza da sindrome di HIV o AIDS;
9. tumore della prostata diagnosticato istologicamente come T1 (classificazione internazionale TNM).

- II. **By-pass coronarico:** Esecuzione di un intervento a cuore aperto consigliato dallo specialista cardiologo, al fine di correggere la stenosi o il restringimento di due o più arterie coronarie mediante by-pass.

Sono esclusi:

1. Gli interventi non chirurgici come l'angioplastica con palloncino;
2. l'angioplastica con laser;
3. lo STENT o la posa di STENT od ogni altra procedura diversa dalla chirurgia a cuore aperto.

- III. **Arresto cardiaco:** Morte di una porzione del muscolo cardiaco causata da insufficiente irrorazione dello stesso, che si manifesta con tipico dolore al petto e tipiche alterazioni elettrocardiografiche (non rilevabili prima dell'episodio) e da innalzamento degli enzimi specifici cardiaci, troponina o altri markers tipici biochimici. La diagnosi deve essere formulata dallo specialista cardiologo.

- IV. **Insufficienza renale cronica:** Insufficienza renale cronica, irreversibile riguardante entrambi i reni, per la quale è necessaria l'emodialisi o la dialisi peritoneale o un trapianto di rene. La diagnosi deve essere formulata dallo specialista nefrologo.

- V. **Trapianto degli organi principali (MOT):** L'effettivo sottoporsi, come ricevente, ad un intervento di trapianto degli organi principali (cuore, fegato, polmone, midollo spinale, o dell'intero pancreas). E' coperta anche la conferma di accettazione dell'assicurando di inserirsi in una lista di attesa per uno dei trapianti menzionati.

Sono esclusi:

1. i trapianti effettuati in qualità di donatore;
2. il trapianto selettivo di cellule di Langerhans.

- VI. **Ictus:** Accidente cerebrovascolare che dà luogo a deficit neurologici permanenti causati da emorragie, infarto cerebrale o da un'embolia di origine extracranica. Uno specialista neurologo dovrà accertare dopo almeno tre mesi dall'episodio l'evidenza di deficit neurologici permanenti (per esempio secondo le classificazioni ADL).

E'escluso:

1. l'attacco ischemico transitorio (definito come deficit neurologico reversibile entro le 24 ore).

Art. 7 – Premio

Il premio che il Contraente deve pagare per ottenere le prestazioni assicurate di cui all'art. 1, è in funzione del capitale assicurato, della durata contrattuale e dell'età dell'Assicurato con le limitazioni di cui all'art. 6.

Il premio minimo annuo è pari a 60,00 Euro.

In caso di frazionamento mensile, il premio annuo è suddiviso in 12 rate mensili, ciascuna maggiorata del diritto di frazionamento pari a 0,50 Euro. La variazione di frazionamento potrà effettuarsi solo alla ricorrenza annuale della polizza.

Sul premio alla sottoscrizione, sia esso annuale o mensile, vanno sommate le spese di emissione del contratto, pari a 30,00 Euro.

In caso di risposte affermative al Questionario sullo stato di salute o nel caso in cui l'Assicurato svolga determinate professioni ritenute più rischiose, la Compagnia potrà applicare un sovrappremio, salvo quanto previsto all'art. 5.

Il premio è costante per tutta la durata contrattuale.

La Compagnia si riserva la facoltà, ogni 5 anni, di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi (premio rivedibile). 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 l'annualità assicurativa successiva. 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 inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Il diritto della Compagnia alla riscossione dei premi pattuiti cessa alla morte dell'assicurato. Al ricevimento della denuncia della diagnosi della Malattia grave dell'Assicurato, secondo le modalità previste all'art. 14, il premio verrà rideterminato nella misura del 50%. In caso di mancato accertamento della Malattia grave sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.

Nel caso in cui l'Assicurato, al momento della denuncia dello stato di Malattia grave, non sia in regola con il pagamento dei premi, vale quanto previsto al successivo art. 11.

Il premio è corrisposto secondo il frazionamento prescelto, come riportato nel modulo di polizza.

L'interruzione del pagamento, anche di una sola rata di premio, comporta l'interruzione della copertura assicurativa, salvo riattivazione secondo quanto previsto dall'art.11.

Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe accettato la proposta, o non l'avrebbe accettata 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 del Codice Civile:
 - di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
 - di impugnare la validità del contratto comunicando tale proposito al Contraente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
- **senza dolo o colpa grave**, ai sensi dell'art.1893 del Codice Civile:
 - di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose;
 - di recedere dal contratto mediante comunicazione al Contraente entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

Il Contraente è tenuto ad informare per iscritto la Compagnia di eventuali modifiche:

- dell'indirizzo dove intende ricevere le comunicazioni inerenti il contratto;
- degli estremi del c/c bancario.

Art. 9 – Risoluzione del contratto

Risoluzione del contratto da parte del Contraente: il Contraente può risolvere il contratto in qualunque momento mediante l'invio di una lettera raccomandata A/R indirizzata alla Sede amministrativa della Compagnia. In tal caso, il contratto e le garanzie cessano di avere effetto alle ore 24 della data di ricevimento in Compagnia, come risulta dal timbro di arrivo.

Risoluzione del contratto da parte della Compagnia: la Compagnia ha facoltà di risolvere il contratto in caso di mancato pagamento del premio, salvo il diritto di riattivazione del contratto da parte del Contraente secondo le modalità, i tempi e le condizioni di cui all'art.11.

In entrambi i casi i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia a copertura del rischio corso.

Art. 10 – Carenza

Assicurazioni assunte senza accertamenti sanitari

L'efficacia della garanzia del capitale in caso di morte è soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza della polizza, salvo il caso che il decesso sia conseguenza diretta di infortunio avvenuto in tale periodo e dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

La prestazione in caso di Malattia grave è soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

Assicurazioni assunte con accertamenti sanitari

Per la prestazione in caso di decesso non è previsto alcun periodo di carenza.

Per la prestazione in caso di Malattia grave è prevista un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

Qualora una Malattia grave sia diagnostica durante il periodo di carenza, la copertura decade ed i premi corrisposti saranno rimborsati all'assicurato al netto delle spese, di cui all'art. 7. Il contratto si estingue e null'altro sarà dovuto dalla Compagnia.

Qualora la morte sopravvenga durante il periodo di carenza e non sia dovuta a infortunio, il contratto si estingue e nulla sarà dovuto dalla Compagnia rimanendo i premi pagati alla medesima per il rischio corso.

Art. 11– Riattivazione

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 per il rischio corso.

Art. 12 – Rischi non coperti

Prestazione anticipativa in caso di Malattia grave dell'Assicurato

Nessuna prestazione sarà liquidabile per alcuna Malattia grave che sia stata diagnosticata *prima* della data di decorrenza della garanzia.

Le seguenti malattie collegate al sistema cardiocircolatorio e cerebrovascolare sono considerate come unica condizione patologica: infarto, sostituzione valvolare aortica, by-pass coronarico arterioso, angioplastica, trapianto

cardiaco e/o attacco cardiaco. Se l'Assicurato ha avuto una di queste malattie o subito uno di questi trattamenti prima dell'inizio della decorrenza della polizza, non sarà liquidabile alcuna somma.

Non saranno pagate somme per malattie che siano derivate da patologie per le quali l'Assicurato abbia ricevuto trattamento, o abbia sofferto sintomi o chiesto informazioni in merito, prima della decorrenza delle garanzie.

Malattie gravi o operazioni non espressamente indicate nell'art. 6 non sono coperte dalla polizza, così come, sono esclusi dalla copertura della presente polizza i casi previsti per ciascuna Malattia grave nell'art. 6.

Inoltre, la polizza non coprirà le Malattie gravi, dovute o verificatesi in conseguenza diretta o indiretta a:

- 1) HIV o AIDS;
- 2) abuso d'alcool, droghe, sostanze chimiche e/o medicine;
- 3) malattie procurate intenzionalmente, azioni di autolesionismo dell'Assicurato;
- 4) attività di guerra, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità, operazioni armate (sia stata dichiarata guerra o meno), guerra civile, atti terroristici, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o usurpato, leggi marziali, rivolte, colpi di stato;
- 5) reazioni nucleari o pioggia radioattiva;
- 6) deliberata partecipazione ad atti illegali o criminali;
- 7) malattie o condizioni nelle quali obiettivamente non possa essere documentata la presenza di un danno o di una malattia attraverso l'accertamento di un medico, per esempio dove i disturbi siano di carattere meramente soggettivo;
- 8) rifiuto di seguire le prescrizioni mediche, di consultare medici o negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli ed indicazioni di medici.

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

Il decesso dell'Assicurato non è coperto se deriva:

- a) da dolo dell'Assicurato ovvero del Contraente o del Beneficiario;
- b) dalla partecipazione attiva dell'Assicurato: a atti dolosi, a fatti di guerra, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità, operazioni armate (sia stata dichiarata guerra o meno), guerra civile, atti terroristici, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o usurpato, leggi marziali, rivolte, colpi di stato, a risse, tranne per il caso di legittima difesa, ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) 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;
- d) da infortuni di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) 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 trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, raggi x ecc.);
- 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, 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.

I rischi decesso e Malattia grave non sono coperti dalla presente polizza qualora siano conseguenza dell'espletamento di una delle seguenti occupazioni da parte dell'Assicurato:

- attività in miniera e nei processi di estrazione o in costruzione ed esplorazione nel sottosuolo;
- attività in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave o in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare e di esplorazioni marine;
- attività in ricerca, produzione o raffinazione di petrolio, suoi derivati e gas;

- attività in diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi;
- attività presso le forze armate impiegate in missioni all'estero.

Art. 13 – Versamento del premio

Il versamento del primo premio avviene con addebito in conto corrente. Il relativo importo è in funzione dell'età dell'Assicurato, della durata prescelta e del capitale assicurato, dati indicati nel Modulo di Proposta-Certificato.

I versamenti annuali successivi vengono effettuati con la medesima modalità.

Qualora entro trenta giorni dalla data di ricorrenza non è pervenuto il pagamento alla Compagnia il contratto si intende sospeso e può trovare applicazione l'art. 9; per l'eventuale riattivazione si rimanda al precedente art. 11.

Per tali forme contrattuali il riscatto e la riduzione delle prestazioni assicurate non sono ammessi.

Art. 14 – Pagamenti della Compagnia

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

I documenti necessari per le richieste di liquidazione sono di seguito elencati.

Sinistro per Malattia grave

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di Malattia grave diagnosticato all'Assicurato e ad eseguire il pagamento del capitale assicurato a condizione che l'Assicurato sia in vita. Dovrà essere trasmesso il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della Malattia grave di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvivenza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso.

La Compagnia potrà accertare la diagnosi di Malattia grave dell'Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia il quale, eventualmente, potrà far prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso i cui oneri rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

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;
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, 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. 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.

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.

In ogni caso, verificata l'esistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia mette a disposizione la somma dovuta nei 30 giorni successivi al ricevimento della documentazione. Scaduto tale termine, saranno dovuti gli interessi di mora a favore degli aventi diritto.

Ogni pagamento viene effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato dagli aventi diritto alla prestazione.

Si ricorda che i diritti derivanti da un contratto di assicurazione cadono in prescrizione dopo 10 anni dal momento in cui possono essere fatti valere (art. 2952 del Codice Civile).

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.

Ai sensi dell'art. 1923, comma 1, del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

Norme generali riguardanti i documenti da consegnare

a. originale di polizza

L'originale di polizza ed i suoi relativi allegati e/o appendici, o in mancanza una dichiarazione di smarrimento effettuata presso le competenti autorità di pubblica sicurezza, dovranno essere consegnati in tutti i casi, diversi dal sinistro, in cui l'operazione richiesta determini la totale estinzione del contratto (es. recesso).

b. 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 il legale rappresentante del Beneficiario a riscuotere ed eventualmente a reimpiegare l'importo spettante al minore stesso, con espresso esonero della Compagnia da ogni ingerenza e responsabilità al riguardo.

c. parziale capacità dell'avente diritto

Qualora l'avente diritto versi in condizioni di parziale capacità di intendere e di volere (persona inabilitata o emancipata e soggetta a curatela), è necessario che la documentazione sia accompagnata dalla richiesta di ottenimento delle prestazioni sottoscritta, oltre che dall'avente diritto, anche dal curatore, il quale ultimo documenterà tale suo stato producendo il decreto di nomina quale curatore dell'avente diritto parzialmente capace. Per gli importi rilevanti è richiesto anche il decreto del Giudice Tutelare con le modalità indicate al punto che precede.

d. 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 (Contraente o Beneficiario), 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 Contraente o del Beneficiario.

e. consenso al trattamento dei dati

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. 15 – Beneficiari

In caso di **Malattia grave**, Beneficiario della prestazione, di cui all'art. 1, è l'Assicurato.

Per la prestazione in caso di **morte**, di cui all'art. 1, il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione.

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) se, nel caso di decesso dell'Assicurato, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o contenute in un valido testamento.

Art. 16 – Cessione, pegno e vincolo

Cessione – Il Contraente ha la facoltà di sostituire a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente contratto, secondo quanto disposto dall'art. 1406 del Codice Civile.

Il Contraente dovrà preventivamente comunicare alla Compagnia l'intenzione di cedere il contratto al fine di consentire alla Compagnia stessa e/o alla Banca distributrice l'assolvimento nei confronti dell'eventuale cessionario, degli obblighi previsti dalla normativa di settore. La cessione è efficace dal momento in cui la Compagnia BancAssurance Popolari S.p.A. riceve comunicazione scritta dell'avvenuta cessione.

Contestualmente la Compagnia deve effettuare l'annotazione relativa alla cessione del contratto su polizza o su appendice. La Compagnia BancAssurance Popolari S.p.A. può opporre al cessionario tutte le eccezioni derivanti dal presente contratto, secondo quanto previsto dall'art. 1409 del Codice Civile.

Pegno – Il credito derivante dal presente contratto può essere dato in pegno a terzi. Tale atto diventa efficace dal momento in cui la Compagnia BancAssurance Popolari S.p.A. riceve comunicazione scritta dell'avvenuta costituzione in pegno, accompagnata dalla dichiarazione di assenso dell'eventuale Beneficiario irrevocabile.

Contestualmente la Compagnia deve effettuare l'annotazione relativa alla cessione del contratto su polizza o su

appendice. La Compagnia BancAssurance Popolari S.p.A. può opporre al creditore pignoratizio tutte le eccezioni che le spettano nei confronti del Contraente originario in base al seguente contratto, secondo quanto disposto dall'art. 2805 del Codice Civile.

Vincolo – Le somme assicurate possono essere vincolate. Tale atto diventa efficace dal momento in cui la Compagnia BancAssurance Popolari S.p.A. riceve comunicazione scritta della costituzione di vincolo, accompagnata dalla dichiarazione di assenso del Beneficiario irrevocabile. Contestualmente la Compagnia deve annotare la sussistenza del vincolo su polizza o appendice.

Art. 17 – Riscatti e riduzione

Non previsti dal contratto.

Art. 18 – Legislazione applicabile

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. 19 – Foro competente

Per tutte le controversie relative al presente contratto, nascenti tra la Compagnia e il Contraente/Assicurato o i relativi aventi diritto sarà competente in via esclusiva il Foro nella cui giurisdizione si trova la residenza o domicilio elettivo, a seconda dei casi, del Contraente/Assicurato o degli aventi diritto.

Art. 20 - Collegio medico arbitrale

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

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune in cui è situato l'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato del soggetto affetto da Malattia grave a data da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano

fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

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

GLOSSARIO

Assicurato: persona fisica sulla cui testa ricade la copertura assicurativa.

Anniversario di polizza: ricorrenza annuale dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Banca distributrice: la Banca che ha ricevuto mandato dalla Compagnia per la collocazione dei suoi prodotti, attraverso i propri canali distributivi.

Beneficiario o avente diritto alla prestazione: persona fisica o giuridica destinataria delle somme assicurate dalla Compagnia.

Capitale assicurato: è il capitale indicato nella proposta di assicurazione che verrà, nei limiti contrattuali, liquidato totalmente o anticipato parzialmente al Beneficiario in caso rispettivamente di Morte o di Malattia grave dell'Assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci o potrebbero esserlo in modo limitato.

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

Cessione, pegno e vincolo: condizioni secondo 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.

Compagnia: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione, nel caso di specie è BancAssurance Popolari S.p.A. (BAP).

Conclusione del contratto: momento in cui la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che il premio sia stato pagato.

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

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

Contraente: persona giuridica o persona fisica di età superiore ai 18 anni che stipula il contratto con la Compagnia e si impegna al versamento dei premi.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

Data di ricezione della richiesta: si intende la data di arrivo, presso la Sede Amministrativa della Compagnia, di tutta la documentazione cartacea necessaria per l'apertura delle pratiche di richiesta della prestazione effettuate dall'avente diritto. Tale data viene apposta sulla ricevuta di ritorno della raccomandata o sulla richiesta stessa con apposito timbro di arrivo, qualora la spedizione avvenga tramite le filiali collocatrici.

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto.

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

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

Impignorabilità e insequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute al Contraente o al/i Beneficiario/i non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

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

Malattia grave: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, ricompresa esclusivamente tra le malattie dettagliate nell'art. 6.

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

Premio: importo versato dal Contraente a fronte delle prestazioni assicurate.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione assicurata: prestazione erogata dalla Compagnia al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta di assicurazione: richiesta sottoscritta dal Contraente, con la quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario dell'Assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale: informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione sulla professione, sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume.

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal contratto cioè di farne cessare gli effetti entro 30 giorni dalla sua conclusione al fine di tutelare la facoltà di ripensamento del cliente.

Revoca della proposta: diritto del Proponente di interrompere la formazione del contratto non oltre la data della sua conclusione.

Risoluzione del contratto: consiste nello scioglimento del vincolo contrattuale per cause successive alla conclusione del contratto.

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, la Proposta-Certificato ed il Questionario dell'Assicurato sul proprio stato di salute.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

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

Data ultimo aggiornamento: 28/06/2019

Mod. TD10100