

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA PERDITA D'IMPIEGO, INABILITA' DA INFORTUNIO O MALATTIA, RICOVERO PER MALATTIA GRAVE E TUTELA LEGALE

BAPSpeseProtette

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota Informativa e glossario;**
- b) Condizioni di Assicurazione;**
- c) Modulo di polizza;**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

BancAssurance Popolari Danni S.p.A (in breve BAP Assicurazioni S.p.A.) è una Compagnia di diritto italiano, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni dei rami danni con provvedimento IVASS N° 2595 del 14 marzo 2008, iscritta all'albo delle Imprese con numero 1.00165 con Sede Legale in Via Calamandrei, 255 - 52100 Arezzo (AR) Italia e Direzione Generale e Sede Amministrativa in Via Francesco De Sanctis, 11 - 00195 Roma, Italia; tel. 06-42045801; sito internet www.bancassurance.it; indirizzo di posta elettronica info@bancassurance.it. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UBI BANCA SPA. Per la consultazione di eventuali aggiornamenti dei dati del Fascicolo informativo si rinvia al sito internet della Compagnia: www.bancassurance.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto è pari ad € 6.238.174, di cui € 5.500.000 relativi al capitale sociale ed € 500.000 relativi al totale delle riserve patrimoniali. Il Capital Solvency Ratio è pari al 530,6%. Tale indice rappresenta il rapporto tra i fondi propri (Own Funds) della Compagnia e l'ammontare del requisito di capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) al 31 dicembre.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è soggetto a proroga tacita.

Avvertenza - In mancanza di disdetta, inviata dal Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale mediante lettera raccomandata A/R, il contratto si intenderà automaticamente prorogato per un anno e così, successivamente.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative prestate dalla Compagnia e che devono risultare dal modulo di polizza ai fini della validità, sono le seguenti:

- **Perdita di impiego, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero ospedaliero a seguito di Malattia grave – SEZIONE 1**, nei casi e nei termini di cui all'art. 1.1 e seguenti delle Condizioni di Assicurazione, a cui si rinvia per gli aspetti di maggior dettaglio.

Avvertenze

La copertura in oggetto prevede le esclusioni di cui all'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Sono presenti le franchigie, carenze e limiti di cui all'art. 1.1.

La garanzia è prestata con i massimali di cui all'art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione.

- **Tutela Legale - SEZIONE 2:** Viene garantita la tutela legale, secondo la formula prescelta, nei casi e nei termini di cui all'art. 2.6, 2.9 e 2.11 delle Condizioni di Assicurazione, a cui si rinvia per gli aspetti di maggior dettaglio.

Avvertenze

La copertura in oggetto prevede le limitazioni e le esclusioni di cui agli artt. 2.2, 2.10, 2.10 e 2.12 delle Condizioni di Assicurazione.

La garanzia è prestata con i massimali e i limiti di cui all'art. 2.9 delle Condizioni di Assicurazione.

Sono previsti specifici obblighi in capo all'assicurato in caso di sinistro che in caso di inadempimento comportano la decadenza della garanzia. Si rinvia all'art. 2.3 delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

Esempio di Franchigia

Nel caso in cui a seguito di ricovero ospedaliero a seguito di Malattia Grave ci siano stati 30 giorni di ricovero, la Compagnia liquiderà un importo pari al corrispettivo dovuto per 23 giorni, poiché sono previsti, ai sensi dell'art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione, sette giorni di franchigia.

Esempio di Massimale

Nel caso di Perdita d'impiego, qualora l'Assicurato sia titolare della Formula Base, sostenga per oneri condominiali una spesa pari ad € 2.200,00, la Compagnia indennizzerà un importo pari a € 2.000,00, essendo questo l'importo massimo (massimale) indennizzabile per il caso specifico, come da art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza – Si precisa che il presente contratto prevede un'età massima assicurabile pari a 70 anni, come da art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza - Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

Avvertenza - Si ricorda che il Codice Civile prescrive delle specifiche cause di nullità per i contratti di assicurazione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato non deve dare comunicazione alla Compagnia di eventuale aggravamento e diminuzione del rischio.

6. Premi

Il Premio è annuale e può essere frazionato in 12 rate mensili, ciascuna maggiorata del diritto di frazionamento pari a € 0,50, fermo rimanendo il diritto della Compagnia a percepire le rate mensili in scadenza fino al completamento dell'intera annualità. In caso di sinistro, il premio mensile deve continuare ad essere corrisposto per evitare di incorrere nell'interruzione dell'erogazione delle prestazioni.

Il pagamento del primo premio e delle rate di premio annuali successive potrà avvenire mediante autorizzazione di addebito permanente in c/c, tramite bonifico bancario o Addebito Diretto SEPA (SDD).

Il premio annuo varia in funzione delle Garanzie prescelte al momento della sottoscrizione.

Avvertenza - E' prevista la possibilità di applicare sconti a seconda della categoria di soggetti (es. dipendenti, soci), nella misura ed alle condizioni previste nei relativi eventuali convenzionamenti.

7. Rivalse

Non previste.

8. Diritto di recesso

Non previsto.

9. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. A tal fine è necessario interrompere i termini di prescrizione mediante comunicazione scritta inviata a mezzo raccomandata A/R.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge Italiana, ferme le norme di diritto internazionale privato, quando lo Stato membro di ubicazione del rischio è la Repubblica italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. In polizza (e sulla quietanza di pagamento od eventuale appendice di incasso di premio) sono riportati oltre al premio totale anche i premi imponibili di rata e le relative imposte applicate.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza - Si precisa che il momento di insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'evento assicurato per la Garanzie Infortuni, Malattia e Perdita d'Impiego. L'insorgenza del sinistro per la garanzia di Tutela Legale è a) per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali e per le spese di resistenza per danni arrecati a terzi: il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento; b) per tutte le restanti ipotesi: il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

Sono previste specifiche modalità e termini per la denuncia del sinistro. Si rinvia alle NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI DANNI VALIDE PER LA SEZIONE I e all'art. 2.3 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro della SEZIONE II delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

Avvertenza – BAP Assicurazioni S.p.A. ha affidato la gestione del servizio di assistenza e tutela legale, di cui alle prestazioni previste dal contratto, ad Europ Assistance Italia S.p.A - P.zza Trento n.8 - 20135 Milano. Pertanto le prestazioni garantite da BAP Assicurazioni S.p.A. saranno gestite in termini operativi per il tramite di Europ Assistance Italia S.p.A. Si rinvia agli artt. 2.3 e 2.6 delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

13. Assistenza Diretta / Convenzioni

Non sono previste forme di Assistenza Diretta / Convenzioni.

14. Reclami

Eventuali reclami concernenti la fase di collocamento ed il comportamento dei collocatori possono essere inoltrati direttamente agli intermediari presso i quali è stata stipulata la polizza che gestiranno, tramite le Funzioni competenti indicate nei relativi siti internet, le doglianze in via indipendente e autonoma.

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 al Servizio Legale di BAP Assicurazioni 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: . Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.745 o 06.42.133.353 corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia, ivi compresa copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia ed il relativo riscontro. I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS, all'indirizzo sopra indicato. Il reclamante

dovrà indicare il proprio nome, cognome, domicilio, fornire una breve descrizione del motivo di doglianza ed individuare i soggetti di cui si lamenta l'operato. Si ricorda che non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative ed i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria. Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Ogni controversia nascente dal presente contratto dovrà, in base a quanto disposto dal decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28 essere preliminarmente oggetto di un tentativo di conciliazione.

Il tentativo di conciliazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale. L'esperimento del tentativo di conciliazione si svolgerà innanzi ad uno degli Organismi di Mediazione indicati nel nostro sito internet www.bancassurance.it che abbia sede nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia, oppure innanzi ad un Organismo a ciò deputato ed iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

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.

BAP Assicurazioni S.p.A. rimane a disposizione per tutte le informazioni complementari al numero verde 800.66.33.77.

15. Arbitrato

Si prevede l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie.

Avvertenza - E' in ogni caso possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

BAP Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**Il Rappresentante Legale
Emanuele Marsiglia
Consigliere Delegato**



GLOSSARIO

VALIDO PER TUTTE LE SEZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato, vincolante agli effetti delle garanzie prestate.

Arbitrato: procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere tra Assicurato e Compagnia.

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assicurazione: il contratto mediante il quale la Compagnia, dietro pagamento del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un Sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Compagnia: BAP Assicurazioni S.p.A., con Sede Legale in Via Calamandrei, 255-52100 Arezzo (AR) Italia, Direzione Generale e Sede Amministrativa in Via Francesco De Sanctis, 11 – 00195 Roma, Italia.

Contraente: è il soggetto che stipula il contratto di assicurazione con la Compagnia. Il suo obbligo principale è quello di pagare il premio e di collaborare alla esecuzione del contratto.

Franchigia: parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Garanzia: la garanzia assicurativa per la quale, in caso di Sinistro, la Compagnia procede al riconoscimento dell'indennizzo e per la quale sia stato pagato il relativo premio.

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale la Compagnia presta la garanzia.

Polizza: l'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Somma Assicurata: importo nei limiti del quale la Compagnia si impegna a fornire la propria prestazione.

VALIDO PER LA SEZIONE 1 - INFORTUNI, MALATTIA, PERDITA DI IMPIEGO

Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

Pertanto, durante il periodo di carenza, le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci.

Inabilità Temporanea Totale: la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo: la somma dovuta all'Assicurato in caso di Sinistro, a titolo di compensazione del danno subito.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione.

Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato, contratto di inserimento (ex contratti di

formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado, e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300.

Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato, contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittente.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico.

Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività lavorativa), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Perdita di Impiego: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

Spese correnti: le spese relative ad una o più tra le seguenti utenze/oneri/ tasse intestate, antecedentemente la data del Sinistro, all'Assicurato e/o ad un familiare, purché fiscalmente a carico e facente parte del suo Nucleo Familiare, come risultante dallo Stato di Famiglia anagrafico:

- a) bollette delle utenze, relative all'abitazione di residenza dell'Assicurato, per la fornitura per uso domestico, a contatore od a canone, di gas, energia elettrica, acqua, telefono fisso (compreso il collegamento internet, ma esclusi altri servizi e telefoni cellulari);
- b) oneri condominiali ordinari, ivi comprese le quote relative al riscaldamento centralizzato, relativi

all'abitazione di residenza dell'Assicurato. Sono escluse le spese di manutenzione straordinaria;

- c) retta ordinaria mensile, ivi compresa la quota della mensa, per asili nido, scuola materna, scuola elementare e scuola media inferiore dei figli dell'Assicurato presso Istituti scolastici pubblici e privati;
- d) tassa sui rifiuti solidi urbani domestici e tributo per i servizi indivisibili relativi all'abitazione di residenza dell'Assicurato (escluse imposte sull'abitazione), secondo le medesime modalità di frazionamento usufruite nell'annualità precedente al sinistro;
- e) rinnovo del canone Rai TV per l'abitazione di residenza dell'Assicurato;
- f) rinnovo del bollo per autoveicolo/motoveicolo;
- g) rinnovo dell'abbonamento al trasporto pubblico, secondo le medesime modalità di periodicità usufruite nell'annualità precedente al sinistro.

Sono escluse le penali, gli interessi e le sanzioni per mancato o ritardato pagamento delle suddette spese correnti.

VALIDO PER LA SEZIONE 2 - TUTELA LEGALE

Assistenza Stragiudiziale: attività svolta al fine di ottenere il componimento bonario della vertenza prima dell'inizio dell'azione giudiziaria.

Contravvenzione: reato per il quale il reo risponde delle proprie azioni od omissioni coscienti e volontarie, sia che il suo comportamento risulti colposo o doloso. La contravvenzione viene punita con l'arresto o con il pagamento di un'ammenda. Ai fini assicurativi è comunque escluso il rimborso di spese per contravvenzioni nelle quali sia ravvisabile il dolo dell'assicurato.

Contributo Unificato: la tassazione sulle spese degli atti giudiziari come previsto dalla L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n. 28.

Controversia Contrattuale: controversia derivante da inadempimenti o violazioni di obbligazioni assunte dalle Parti tramite contratti, patti o accordi.

Delitto Colposo: colposo o contro l'intenzione, il reato posto in essere senza volontà o intenzione e dunque solo per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di norme di legge. Deve essere espressamente previsto nella sua qualificazione colposa dalla legge penale e come tale contestato dall'autorità giudiziaria.

Delitto Doloso: doloso o secondo l'intenzione, il reato posto in essere con previsione e volontà. Si considerano tali tutti i reati all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi.

Europ Assistance: l'Impresa assicuratrice di cui la Compagnia si avvale per la gestione e la liquidazione dei Sinistri e cioè, Europ Assistance Italia S.p.A - P.zza Trento n.8 - 20135 Milano - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato N. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1^a luglio 1993 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

Fatto Illecito: è il fatto, doloso o colposo, che ha cagionato un danno ingiusto e che obbliga chi l'ha commesso a risarcire il

danno. Il fatto illecito non consiste in un adempimento né in una violazione di un obbligo contrattuale, bensì nell'inosservanza di una norma di legge o nella lesione dell'altrui diritto. Il danno conseguente al fatto illecito viene denominato danno "extracontrattuale", perché tra danneggiato e responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale.

Imputazione Penale: è la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata all'imputato mediante "informazione di garanzia". Tale comunicazione deve contenere l'indicazione della norma violata e il titolo (doloso o colposo) del reato contestato.

Natante: Unità da diporto a remi, a vela o a motore di lunghezza dello scafo pari o inferiore a 10 metri e che quindi non necessita di iscrizione al registro navale italiano.

Reato: violazione di norme penali. Le fattispecie di reato sono previste dal Codice Penale o da norme speciali e si dividono in delitti e contravvenzioni secondo la diversa tipologia delle pene detentive e/o pecuniarie previste per essi dalla legge. I delitti si distinguono in base all'elemento psicologico del soggetto che li ha posti in essere (vedi le voci "delitto colposo" e "delitto doloso").

Struttura Organizzativa: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Transazione: accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra loro insorta o la prevengono.

Tutela Legale: Ramo assicurativo come previsto ai sensi del D.Lgs. 209/05 - artt. 163 - 164 - 173 - 174.

Veicolo A Motore: Ciclomotori, Motoveicoli, Autoveicoli e Macchine Operatrici ai sensi degli artt. 47 e seguenti del Codice della Strada.

Data ultimo aggiornamento: 10/05/2017

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Durata e Decorrenza delle garanzie – Proroga del contratto - Premio

Il contratto ha durata annuale.

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza indicato nel modulo di polizza sempreché siano stati corrisposti i relativi premi.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del c.c..

Il contratto è soggetto a tacito rinnovo, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale mediante lettera raccomandata A/R, esso si intenderà automaticamente prorogato per un anno e così successivamente.

Il Premio è annuale e può essere frazionato in 12 rate mensili, ciascuna maggiorata del diritto di frazionamento pari a € 0,50, fermo rimanendo il diritto della Compagnia a percepire le rate mensili in scadenza fino al completamento dell'intera annualità. In caso di sinistro, il premio mensile deve continuare ad essere corrisposto per evitare di incorrere nell'interruzione dell'erogazione delle prestazioni.

Art. 2 - Cessazione delle garanzie assicurative

Le garanzie assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- mancato pagamento, da parte del Contraente / Assicurato, delle rate di premio successive alla prima, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1901 del c.c.
- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, pur rimanendo vigenti fino alla prima scadenza annuale successiva;
- pensionamento (solo per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'impiego);
- decesso dell'Assicurato.

Art. 3 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- alla sottoscrizione dell'Assicurazione abbiano un'età compresa tra 18 anni (compiuti) e 70 anni (non compiuti).
- dichiarino di essere in buono stato di salute e di non essere affetti da malattie o lesioni gravi che necessitino di un

trattamento medico regolare e continuato; qualora siano Lavoratori Dipendenti Privati, Lavoratori Dipendenti Pubblici o Lavoratori Autonomi, dichiarino di non essere stati assenti dal lavoro, negli ultimi 12 mesi, per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio e, con riferimento ai Lavoratori Dipendenti Privati, di esercitare un'attività lavorativa retribuita e non aver ricevuto dal datore di lavoro alcuna contestazione disciplinare, intimazione o comunicazione nella quale vengano individuati come lavoratori oggetto di procedura di mobilità, di cassa integrazione o di licenziamento.

Art. 4 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, ad eccezione di quanto previsto all'art. 2.2 delle Norme che regolano la Sezione 2 – Tutela Legale.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Art. 6 - Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dal Contraente sul Modulo di Polizza.

Art. 7 - Imposte e altri oneri fiscali

Le imposte e gli altri oneri fiscali presenti e futuri sono a carico del Contraente.

Art. 8 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

Art. 9 - Foro competente

Il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente, o quello da lui preferito.

Art. 10 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE 1: INFORTUNI, MALATTIA, PERDITA DI IMPIEGO

Art. 1.1 - Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia, alle condizioni di seguito indicate, garantisce la copertura contro i seguenti rischi:

A. Perdita di Impiego.

1. Assicurato: il Contraente che, al momento del sinistro, risulti essere lavoratore dipendente privato che abbia superato il periodo di prova e che sia assunto da almeno sei mesi.
2. Rischio Assicurato: perdita d'impiego, a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo", notificato nel corso del periodo di durata assicurativa.
3. Franchigia: 60 (sessanta) giorni.
4. Carenza: 180 (centottanta) giorni.
5. Prestazione Assicurativa: la Compagnia provvederà a rimborsare all'Assicurato, nel limite dei massimali di cui al successivo art. 1.4 e dopo i periodi di franchigia e carenza sopra indicati, le spese correnti in scadenza nel periodo di disoccupazione, senza soluzione di continuità, fino al limite massimo di 180 (centottanta) giorni dalla data di notifica del licenziamento, al netto della franchigia, anche nel caso di diversi licenziamenti notificati nel corso del periodo di durata dell'assicurazione.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato o riprenda un'attività remunerata di altra natura, il rimborso delle spese correnti non sarà più dovuto. Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata a condizione che l'Assicurato abbia lavorato per almeno 180 giorni (periodo di carenza) continuativi presso il nuovo datore di lavoro.

B. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.

1. Assicurato: il Contraente che, al momento del sinistro, risulti essere lavoratore dipendente pubblico o lavoratore autonomo.
2. Rischio Assicurato: inabilità temporanea totale derivante da infortunio o malattia avvenuto nel corso di validità dell'assicurazione.
3. Franchigia: 30 (trenta) giorni nel caso di inabilità da infortunio, 60 (sessanta) giorni nel caso di inabilità da malattia.
4. Carenza: non prevista in caso di inabilità da infortunio, 90 (novanta) giorni in caso di inabilità da malattia con riferimento alle cause che l'hanno determinata.
5. Prestazione Assicurativa: la Compagnia provvederà a rimborsare all'Assicurato, nel limite dei massimali di cui al successivo art. 1.4 e dopo i periodi di franchigia e carenza sopra indicati, le spese correnti in scadenza durante il periodo di inabilità stessa, senza soluzione di continuità, e fino al quindicesimo giorno successivo alla data di termine dell'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia certificata, nel limite massimo di 180 (centottanta) giorni dalla data del sinistro, al netto della franchigia, anche nel caso di diversi stati di

inabilità certificati nel corso del periodo di durata dell'annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato riprenda l'attività lavorativa ed abbia, entro 60 (sessanta) giorni, una nuova inabilità dovuta alla stessa malattia od allo stesso infortunio, la copertura assicurativa verrà ripristinata senza applicazione di un nuovo periodo di franchigia. Diversamente per ogni evento che determini una inabilità liquidabile a termine di polizza verrà applicata il periodo di franchigia sopra indicato.

C. Ricovero ospedaliero a seguito di Malattia Grave.

1. Assicurato: il Contraente che, al momento del sinistro, risulti essere non lavoratore.
2. Rischio Assicurato: ricovero ospedaliero a seguito di malattia grave avvenuto nel corso di validità dell'assicurazione.
3. Franchigia: 7 giorni.
4. Carenza: 90 (novanta) giorni.
5. Prestazione Assicurativa: la Compagnia provvederà a rimborsare all'Assicurato, nel limite dei massimali di cui al successivo art. 1.4 e dopo il periodo di carenza sopra indicato, le spese correnti in scadenza nel periodo ininterrotto di ricovero, oltre i 7 giorni iniziali di franchigia, e fino ai 30 giorni successivi al giorno di dimissione dalla struttura ospedaliera, e comunque nel limite massimo di 180 (centottanta) giorni dalla data di inizio ricovero, anche nel caso di diversi ricoveri ospedalieri nel corso del periodo di durata dell'annualità assicurativa.

Qualora durante il periodo di erogazione della prestazione, avvenga il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese correnti cessa di essere effettuato dalla data del decesso stesso.

Art. 1.2 - Esclusioni

Tutte le garanzie della presente Sezione sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- c) sinistri avvenuti in relazione ad una partecipazione attiva dell'Assicurato a reati e delitti, risse (tranne che per il caso di legittima difesa);
- d) sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;

- e) sinistri conseguenti ad incidente aereo, 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;
- f) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- g) infortuni già verificatisi o sinistri dovuti a malattie già in essere, anche se non noti o diagnosticati, alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- h) sinistri conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- i) sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- j) sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- k) sinistri da malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero in altre patologie ad essa collegate.

Le garanzie B. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e C. Ricovero ospedaliero a seguito di Malattia Grave sono inoltre escluse in caso di:

- l) malattie o 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, immersione con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere, paracadutismo e similari;
- m) malattie o 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, snowrafting, skeleton, slittino, bobsleigh, motoslitta e similari.

La garanzia B. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è inoltre esclusa in caso di:

- n) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

La garanzia A. Perdita di Impiego è peraltro esclusa nei seguenti casi:

- o) licenziamenti dovuti a “giusta causa”, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari e professionali;
- p) dimissioni, comprese quelle “per giusta causa”;
- q) licenziamenti tra congiunti, ascendenti e discendenti;
- r) cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) stagionali, temporanei e contratti di lavoro intermittente;
- s) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- t) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a “pensione di vecchiaia”;
- u) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- v) messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- w) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- x) licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- y) licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.

Art. 1.3 - Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario della prestazione assicurativa è l'Assicurato.

Art. 1.4 - Massimali

Per le garanzie A. Perdita d'impiego, B. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e C. Ricovero ospedaliero a seguito di Malattia Grave il limite di indennizzo è pari a:

- Formula Base: € 2.000,00
- Formula Super: € 3.500,00

Tali somme sono tutte da intendersi quale massima esposizione complessiva della Compagnia per singolo sinistro e per annualità assicurativa, considerando l'insieme delle tre garanzie.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI DANNI VALIDE PER LA SEZIONE 1 - INFORTUNI, MALATTIA, PERDITA DI IMPIEGO -

Denuncia dei sinistri

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia.

La denuncia deve contenere:

- indicazione della data e del luogo del sinistro, con descrizione dettagliata del fatto;
- indicazione della tipologia di attività professionale svolta al momento del sinistro;
- Stato di famiglia anagrafico, con data successiva al giorno del sinistro.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del c.c.

Inoltre l'Assicurato dovrà consegnare alla Compagnia la seguente documentazione, necessaria a verificare il diritto alla prestazione.

A. Perdita d'Impiego:

- lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- certificato di iscrizione alle liste di mobilità o al Centro per l'impiego (ex Ufficio di collocamento);
- autocertificazione dello stato di disoccupazione da presentarsi al momento della denuncia del sinistro;
- nuova autocertificazione dello stato di disoccupazione da presentarsi alla cessazione del periodo massimo di indennizzo di 180 giorni o autocertificazione di cessato stato di disoccupazione da presentarsi, se antecedente alla scadenza dei predetti 180 giorni;
- ultimi due cedolini paga;
- copia di tutte le spese correnti, e cioè bollette, fatture, ricevute (purché fiscalmente valide) con evidenza della data di scadenza, di cui si richiede il rimborso.

B. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia:

- dichiarazione dello stato di inabilità totale redatto dal medico curante, con indicazione delle cause;
- in caso di ricovero ospedaliero, certificato di ricovero con indicazione della patologia.

La predetta documentazione deve presentarsi al momento della denuncia del sinistro.

- nuova dichiarazione dello stato di inabilità totale redatta dal medico curante, da presentarsi alla cessazione del periodo massimo di indennizzo di 180 giorni o certificazione medica attestante il termine dello stato di inabilità, da presentarsi se antecedente allo scadere dei predetti 180 giorni;
- copia della cartella clinica completa in caso di ricovero ospedaliero;
- copia di tutte le spese correnti, e cioè bollette, fatture, ricevute (purché fiscalmente valide) con evidenza della data di scadenza, di cui si richiede il rimborso.

C. Ricovero ospedaliero a seguito di Malattia Grave:

- certificato di ricovero con indicazione della patologia, da presentarsi al momento della denuncia del sinistro e copia della cartella clinica;
- copia di tutte le spese correnti, e cioè bollette, fatture, ricevute (purché fiscalmente valide) con evidenza della data di scadenza, di cui si richiede il rimborso.

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il costo delle quali sarà a totale carico della stessa.

In ogni caso, la Compagnia si riserva la facoltà sia di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici, sia il diritto di acquisire ulteriore documentazione in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Le denunce saranno considerate complete soltanto al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Liquidazione dei sinistri

La Compagnia si impegna a liquidare il sinistro, in unica soluzione, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il sinistro.

Tuttavia, su richiesta del Contraente, la Compagnia procederà a liquidazioni in acconto, dietro presentazione della documentazione comprovante il diritto al rimborso, purché l'ammontare delle spese correnti, con data scadenza antecedente la richiesta, sia superiore ad € 500,00.

Attività professionali, altre assicurazioni

La Compagnia esonera l'Assicurato dall'obbligo di comunicare l'attività professionale svolta. La prestazione verrà definita in base alla qualifica di lavoratore / non lavoratore espressa dall'Assicurato al momento del sinistro.

Resta convenuto che le garanzie assicurative prestate dalla Compagnia possono cumularsi con quelle di altre polizze infortuni, malattia o perdita di impiego contratte dall'Assicurato, ad eccezione di quelle che prevedono le medesime prestazioni assicurative di cui all'Art. 1.1, per le quali rimane l'obbligo di avviso alla Compagnia ai sensi dell'Art. 1910 del c.c..

Rinuncia all'azione di rivalsa

Qualora l'infortunio subito dall'Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del c.c.

Arbitrato

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle garanzie prestate dalla presente polizza. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, 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. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

È possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE 2 – TUTELA LEGALE –

La garanzia è operante se espressamente richiamata nel modulo di polizza e per la quale sia stato pagato il relativo premio

Art. 2.1 - Premessa

BAP Assicurazioni S.p.A. ha affidato la gestione del servizio di Tutela Legale, di cui alle prestazioni previste dal contratto, ad Europ Assistance Italia S.p.A - P.zza Trento n.8 - 20135 Milano. Pertanto le prestazioni garantite da BAP Assicurazioni S.p.A. saranno gestite in termini operativi per il tramite di Europ Assistance Italia S.p.A.

Art. 2.2 - Estensione territoriale

La Garanzia Tutela Legale Famiglia vale per le violazioni di legge e lesioni di diritti verificatesi in Europa.

Per Europa si intende: Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Serbia e Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina e Ungheria.

Sono comunque esclusi dalla copertura di polizza gli oneri di assistenza stragiudiziale e giudiziale per violazioni di legge o

lesioni di diritti verificatesi in Paesi o in zone nelle quali siano in atto fatti bellici o rivoluzioni.

Art. 2.3 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Il Contraente/Assicurato deve immediatamente denunciare qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza, inviando denuncia scritta a Europ Assistance Italia S.p.A., Ufficio Liquidazione Sinistri "Tutela Legale", Milano, Piazza Trento n.8, fax 02 58384210, Numero Verde 800 069 450.

In ogni caso deve trasmettere ad Europ Assistance copia di ogni atto a lui pervenuto, entro 7 (sette) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.

In caso di sinistro relativo alla Prestazione garantita "Ritiro Patente", Europ Assistance potrà richiedere al Contraente/Assicurato la documentazione comprovante la mansione svolta dall'Assicurato che ha subito il ritiro/sospensione della patente.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati comporta la decadenza dalla Garanzia, valendo quale omissione dolosa.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 2.4 - Insorgenza del sinistro – Decorrenza della garanzia

Ai fini della presente polizza, per insorgenza del sinistro si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali e per le spese di resistenza per danni arrecati a terzi: il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi: il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del sinistro si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia assicurativa viene prestata per i sinistri, qualora in polizza siano presenti le rispettive garanzie, che siano insorti:

- durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di spese di resistenza per danni arrecati a terzi, di procedimento penale, di responsabilità amministrativa e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla decorrenza della polizza, per le controversie contrattuali.

Nel caso in cui la presente Polizza ne sostituisca altra stipulata per il medesimo rischio, senza soluzione di continuità, l'assicurazione varrà anche per comportamenti colposi posti in essere durante la validità della polizza sostituita, sempreché i sinistri vengano denunciati durante la validità della Polizza sostituita e si riferiscano ad atti/fatti posti in essere non oltre due anni prima della data di stipula della presente Polizza se il

precedente contratto proviene da una Compagnia diversa da Europ Assistance e purché non siano state ancora presentate neppure al Contraente e/o all'Assicurato. In caso di sinistro accaduto durante il periodo di cui sopra, il Contraente/Assicurato dovrà fornire copia della Polizza precedente.

La garanzia si estende ai sinistri che siano insorti durante il periodo di validità della polizza e che siano stati denunciati ad Europ Assistance, nei modi e nei termini previsti dalla presente polizza, entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione della polizza stessa.

La garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.

Si considerano a tutti gli effetti come unico sinistro:

- vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- indagini o rinvii a giudizio o procedimenti di responsabilità amministrativa a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto;
- le imputazioni penali per reato continuato.

In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. 2.5 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

L'Assicurato che richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente Europ Assistance in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e i documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 2.6 - Gestione del sinistro e libera scelta del legale

A) Tentativo di componimento amichevole

Ricevuta la denuncia di sinistro, Europ Assistance esperisce, ove possibile, ogni utile tentativo di bonario componimento. L'Assicurato non può dar corso ad iniziative e ad azioni, raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo benestare di Europ Assistance. In caso di inadempimento di questi oneri l'Assicurato decade dal diritto all'indennizzo del sinistro.

B) Scelta del legale o del perito

Quando non sia stato possibile addivenire ad una bonaria definizione della controversia, o quando la natura della vertenza escluda la possibilità di un componimento amichevole promosso da Europ Assistance, o quando vi sia conflitto di interessi fra Europ Assistance e l'Assicurato, o quando vi sia necessità di una difesa in sede penale coperta dall'Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel distretto della corte d'appello ove hanno sede gli uffici giudiziari competenti, segnalandone il nominativo a Europ Assistance. Qualora la controversia o il procedimento penale debbano essere radicati in un distretto di Corte d'Appello diverso da quello di residenza dell'Assicurato, questi ha la facoltà di scegliere un legale che esercita nel distretto di Corte d'Appello di propria residenza, segnalandone comunque il nominativo a Europ Assistance; in questo caso, Europ Assistance rimborsa anche le eventuali spese sostenute esclusivamente in sede giudiziale per un legale corrispondente nei limiti quantitativi indicati in polizza.

L'Assicurato che non intenda avvalersi del diritto di scelta del legale può chiedere a Europ Assistance di indicare il nominativo di un legale al quale affidare la tutela dei propri interessi. La procura al legale designato deve essere rilasciata dall'Assicurato, il quale deve fornirgli tutta la documentazione necessaria. Europ Assistance conferma l'incarico professionale in tal modo conferito.

Qualora si renda necessaria la nomina di un Perito di Parte, la stessa deve essere preventivamente concordata con Europ Assistance. Europ Assistance rimborsa in ogni caso le spese di un legale e/o perito anche nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito l'incarico a diversi legali/periti. Europ Assistance non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.

C) Revoca dell'incarico al legale designato o rinuncia al mandato da parte dello stesso

In caso di revoca dell'incarico professionale da parte dell'Assicurato e di successivo incarico ad altro legale nel corso

dello stesso grado di giudizio, Europ Assistance rimborsa le spese di un solo legale a scelta dell'Assicurato.

Se la revoca dell'incarico professionale avviene al termine di un grado di giudizio, Europ Assistance rimborsa comunque anche le spese del legale incaricato per il nuovo grado di giudizio.

In caso di rinuncia da parte del legale incaricato, Europ Assistance rimborsa sia le spese del legale originariamente incaricato, sia le spese del nuovo legale designato, sempre che la rinuncia non sia determinata da una oggettiva valutazione di temerarietà della lite.

D) Obblighi dell'Assicurato in merito agli onorari ai legali e ai periti. Rimborsi all'Assicurato delle spese sostenute per la gestione della vertenza

L'Assicurato non può raggiungere accordi con i legali e i periti in merito agli onorari agli stessi dovuti senza il preventivo consenso della società. In caso di mancato rispetto di tale obbligo l'Assicurato decade dal diritto all'indennizzo.

Europ Assistance, alla definizione della controversia, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute (nei limiti del massimale previsto in polizza e dedotte le eventuali franchigie e scoperti), sempre che tali spese non siano recuperabili dalla controparte.

E) Disaccordo fra Assicurato e Compagnia

In caso di disaccordo fra l'Assicurato, Bancassurance Popolari S.p.A. e/o Europ Assistance Italia S.p.A. in merito all'interpretazione della polizza e/o alla gestione del sinistro, Bancassurance Popolari S.p.A. e/o Europ Assistance Italia S.p.A. si impegna ad avvertire l'Assicurato del suo diritto di avvalersi della procedura arbitrale, e la decisione viene demandata, senza esclusione delle vie giudiziali, ad un arbitro designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente territorialmente per la controversia. L'arbitro provvede secondo equità.

Le spese dell'arbitrato vengono attribuite nel modo seguente:

- ***in caso di esito totalmente o parzialmente favorevole per la Compagnia e/o per Europ Assistance, sono ripartite al 50% fra ciascuna delle due parti;***
- ***in caso di esito totalmente favorevole per l'Assicurato, devono essere pagate integralmente dalla Compagnia e/o da Europ Assistance.***

Art. 2.7 - Recupero di somme

Spettano ad Europ Assistance, che le ha sostenute o anticipate, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente con la controparte.

Art. 2.8 - Soggetti assicurati

Sono assicurati:

- Il Contraente;
- I componenti del suo nucleo familiare così come risulta dallo Stato di Famiglia anagrafico;
- I collaboratori domestici regolarmente assunti, in relazione all'attività svolta per conto dell'Assicurato.

In caso di controversie fra più persone assicurate con la stessa Polizza, la garanzia si intende prestata a favore del Contraente.

Art. 2.9 - Oggetto e operatività della garanzia

La Compagnia alle condizioni della presente polizza e nei limiti del **massimale** pari a:

- **€ 3.000,00** per singolo sinistro e illimitato per anno

assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati in polizza.

In tale ambito gli oneri indennizzabili comprendono:

- le spese del procedimento di mediazione obbligatorio per esperire e/o partecipare al procedimento stesso, qualora l'esperimento del procedimento di Mediazione sia condizione di procedibilità per l'operatività delle garanzie previste dall'art. 2.11, ai sensi dell'art. 5 D. Lgs. 28/2010.
- le spese per l'intervento di un legale incaricato della gestione del sinistro entro il limite massimo stabilito dalla tariffa nazionale forense;
- le spese per un secondo legale domiciliatario, unicamente in fase giudiziale, per un importo massimo fino a € 2.500,00. Tali spese vengono riconosciute solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale viene radicato il procedimento giudiziario è diverso da quello di residenza dell'Assicurato;
- le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da Europ Assistance ai sensi dell'art. "Gestione del sinistro e libera scelta del Legale" lettera A);
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con Europ Assistance ai sensi dell'art. "Gestione del sinistro e libera scelta del Legale" lettera B) entro i limiti massimi stabiliti dalle tariffe degli Ordini professionali di appartenenza;
- le spese di giustizia;
- le spese per gli arbitrati per la decisione di controversie. Sono assicurate anche le spese degli arbitri comunque sopportate dall'Assicurato.
- Il Contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n. 28), se non ripetuto dalla Controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.
- gli oneri relativi alla registrazione di atti giudiziari fino ad un limite di € 500,00.

In caso di un evento riguardante le garanzie oggetto dell'assicurazione, l'assicurato può ottenere informazioni sulle garanzie stesse, i rischi assicurati, le condizioni di polizza, le modalità e i termini per la denuncia dei sinistri e sull'evoluzione dei sinistri già in essere telefonando al Numero Verde 800 069 450 di Europ Assistance.

Art. 2.10 - Delimitazione dell'oggetto dell'assicurazione **Europ Assistance non si assume il pagamento di:**

- *multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;*

- *spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).*

E' inoltre escluso il pagamento di spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose.

Art. 2.11 - Prestazioni garantite

Gli oneri indennizzabili previsti nel precedente art. 2.9 valgono nell'ambito della vita privata per le seguenti garanzie:

- l'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;
- l'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni che derivino da sinistri stradali nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni oppure come conducenti di biciclette o infine come passeggeri di qualsiasi veicolo a motore o natante;
- la difesa in sede penale nei procedimenti per delitti colposi e per contravvenzioni. La prestazione è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
- le controversie di lavoro subordinato delle persone assicurate con il proprio datore di lavoro (la garanzia opera anche in sede amministrativa TAR);
- le controversie di lavoro con i collaboratori familiari regolarmente assunti;
- le vertenze con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali anche nell'ambito dell'attività di lavoro subordinato;
- sostenere controversie nascenti da presunte inadempienze contrattuali, proprie o di controparte; la presente garanzia si intende prestata, per le controversie che insorgono e devono essere trattate nei Paesi dell'Unione Europea, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e nel Liechtenstein, in deroga al precedente art.2.2 e limitatamente alle controversie con valore in lite superiore a € 250,00 ed inferiore a € 15.000,00;
- le controversie derivanti da contratti di locazione o dalla proprietà dei locali di abitazione e relative pertinenze indicati in Polizza ed occupati dall'Assicurato (massimo 3 unità).

Le prestazioni garantite sopra descritte comprendono il Procedimento di Mediazione, quando previsto in via obbligatoria ex art. 5 D. Lgs. 28/2010 quale condizione di procedibilità.

Art. 2.12 - Esclusioni

Con riferimento ai rischi assicurati indicati all'art. 2.11, la Garanzia non è prestata nei seguenti casi:

- *controversie conseguenti a tumulti popolari, atti di vandalismo, terremoto, scioperi e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;*

- controversie derivanti da fatto doloso dell'Assicurato, fatto salvo quanto disposto in merito all'art. 2.11;
- controversie in materia di diritto di famiglia e delle successioni;
- controversie in materia di diritto tributario e fiscale, salvo quanto previsto dall'Articolo "Prestazioni garantite" in relazione alla difesa nei procedimenti penali;
- controversie in materia di diritto amministrativo e/o innanzi agli organi della giustizia amministrativa salvo quanto previsto all'art. 2.11;
- controversie in materia di contratti preliminari di vendita o di contratti di compravendita di beni immobili ovvero le controversie discendenti da altri modi di acquisto della proprietà immobiliare;
- controversie relative o comunque connesse ad immobili non occupati dall'Assicurato o non identificati in polizza;
- per le operazioni di costruzione, trasformazione, ristrutturazione immobiliare per le quali sia necessaria la concessione edilizia o analoga certificazione rilasciata dal Comune o da altra autorità competente per legge. Si intendono comunque comprese eventuali controversie contrattuali con i fornitori che prestano la loro opera nell'unità immobiliare assicurata eccezion fatta per le vertenze relative al rilascio di concessioni o analoghe certificazioni necessarie per legge (progetti, disegni, autorizzazioni, etc.);
- controversie relative o comunque connesse alla proprietà o l'uso di veicoli a motore o dalla navigazione e giacenza in acqua di natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria;
- fatti originati dalla proprietà o l'uso di aerei a motore;
- controversie relative a cariche sociali rivestite dall'Assicurato, anche a titolo gratuito, presso Enti pubblici o privati;
- controversie derivanti dall'attività imprenditoriale, di lavoro autonomo, di lavoro subordinato, fatto salvo per quest'ultimo caso quanto previsto all'art. 2.11;
- controversie in materia di diritti di brevetto, marchio, autore, concorrenza sleale, i rapporti tra soci ed amministratori e le controversie derivanti da contratto di agenzia;
- controversie di valore inferiore a € 250,00;
- controversie contrattuali con Europ Assistance;
- controversie contrattuali nei confronti di Società appartenenti al Gruppo di appartenenza della Compagnia, ivi comprese le Compagnie "Bancassurance Popolari S.p.A." e "Bancassurance Popolari Danni S.p.A.";
- controversie non espressamente richiamate tra le voci all'art. 2.11.

MODALITÀ DENUNCIA DEL SINISTRO e OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Il Contraente/Assicurato deve immediatamente denunciare qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza inviando denuncia scritta a:

**Europ Assistance Italia S.p.A.
Ufficio Liquidazione Sinistri "Tutela Legale"
Piazza Trento n 8
20135 Milano**

In ogni caso il Contraente/Assicurato deve trasmettere ad Europ Assistance copia di ogni atto a lui pervenuto, entro 7 (sette) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.

È comunque necessario che la denuncia contenga le seguenti informazioni:

- Nome, Cognome, indirizzo, numero di telefono del Contraente/Assicurato;
- Numero di Polizza preceduto dalla sigla **BPTR**
- Descrizione delle circostanze dell'accaduto;
- Copia di ogni atto pervenuto al Contraente/Assicurato.

Una volta denunciato il sinistro è possibile chiedere aggiornamenti e delucidazioni anche contattando il Numero di Fax **0258384210** o il Numero Verde **800069450**.

In caso di sinistro relativo alla Prestazione garantita "Ritiro Patente", Europ Assistance potrà richiedere al Contraente/Assicurato la documentazione comprovante la mansione svolta dall'Assicurato che ha subito il ritiro/sospensione della patente.

**Data ultimo aggiornamento: 12/02/2014
BSP 201403-001**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy) ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue.

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Compagnia delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Compagnia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Compagnia delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi, nonché di indagini di mercato sulla qualità del servizio erogato dalla Compagnia stessa.

2) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'Art. 4, comma 1, lett. a), del Codice Privacy; raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto / interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento, nonché da Compagnia di servizi, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9).

3) CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autorità personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi e di indagini di mercato sulla qualità del servizio erogato nei confronti dell'interessato stesso.

4) RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi, nonché indagini di mercato sulla qualità del servizio erogato nei confronti dell'interessato.

5) COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati – per le medesime finalità di cui al punto 1), lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti e autofficine; Compagnia di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Compagnia di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore; IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
- b) inoltre, i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Compagnia del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) e a pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge.

6) DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7) TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8) DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Art. 7 del Codice Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è l'interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. Chi intenda esercitare questi diritti, potrà inviare la sua richiesta a mezzo fax al Responsabile per la gestione delle istanze degli interessati al n. 06.42045832, allegando fotocopia del documento di riconoscimento.

9) TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è BancAssurance Popolari Danni S.p.A. con sede legale in Via Calamandrei, 255 - 52100 Arezzo, Direzione Generale e Sede Amministrativa in Via Francesco De Sanctis, 11 - 00195 Roma Italia. Presso la sede amministrativa è disponibile, per chi desiderasse conoscerlo, l'elenco completo dei Responsabili interni ed esterni.

Data ultimo aggiornamento: 10/05/2017

BAPSpeseProtette

NUMERO DI POLIZZA

QUESTIONARIO di ADEGUATEZZA nro:

Intermediario

Cod. Agenzia

ABI

CAB

Sostituisce la polizza nro:

Contraente / Assicurato

Cognome e Nome:

Codice Fiscale / P.IVA:

Indirizzo:

Comune:

Data di nascita:

Età:

Provincia:

C.A.P.:

Beneficiario

L'Assicurato

Decorrenza Contratto	Scadenza Contratto	Frazionamento	Scadenza 1ª rata	Sconto Soci / Dip	Tacito rinnovo

Coperture Assicurative prestate

	Garanzie	Somma Assicurata	Premio Lordo Annuo	di cui imposte	Premio Lordo alla firma	di cui imposte
<input type="checkbox"/> Formula Base	- Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero per Malattia Grave - Perdita Impiego	€ 2.000				
<input type="checkbox"/> Formula Super	- Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero per Malattia Grave - Perdita Impiego	€ 3.500				
	- Tutela Legale	€ 3.000				
Totale premio						

Premio da pagare

Rata alla firma:

Modalità di pagamento:

Se il frazionamento è mensile la rata di premio è comprensiva dei diritti di frazionamento (pari ad € 0,50 mensili)

Rate successive: in scadenza il di ogni

Modalità di pagamento:

Tutti gli importi sono da intendersi in euro.

IBAN:

Limiti di Indennizzo, Franchigie, Scoperti

L'assicurazione è prestata entro i limiti previsti dalla presente polizza ed in base alle Condizioni di Assicurazione (Vedi BSP 201403-001)

Emessa a

in data:

BAP ASSICURAZIONI SpA

CONTRAENTE
(firma)COLLOCATORE
(firma)

DICHIARAZIONI del Contraente / Assicurato

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara:

- di essere in buono stato di salute e di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitino di un trattamento medico regolare e continuato;
- se Lavoratore Dipendente Privato, Lavoratore Dipendente Pubblico o Lavoratore Autonomo, di non essere stato assente dal lavoro, negli ultimi 12 mesi, per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio;
- se Lavoratore Dipendente Privato, di esercitare un'attività lavorativa retribuita e di non aver ricevuto dal datore di lavoro alcuna contestazione disciplinare, intimazione o comunicazione nella quale venga individuato come lavoratore oggetto di procedura di mobilità, di cassa integrazione o di licenziamento.

Le condizioni di salute e la situazione del rapporto di lavoro di cui alla precedente dichiarazione costituiscono requisito fondamentale per la validità ed efficacia della presente copertura assicurativa.

Le dichiarazioni false o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

CONTRAENTE / ASSICURATO
(firma)

Il sottoscritto Contraente dichiara di:

- ☐ (Se Collocamento in sede) di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione, del presente Modulo, dell'allegato 7B e del Fascicolo Informativo, comprensivo delle Condizioni di assicurazione (Mod. BSP 201403-001); di aver preso, inoltre, visione dell'allegato 7A;
- ☐ (Se Collocamento fuori sede) di aver ricevuto e preso visione prima della sottoscrizione del presente Modulo, degli allegati 7A e 7B e del Fascicolo Informativo, comprensivo delle Condizioni di assicurazione, redatti in conformità dei requisiti previsti dall'IVASS (Mod. BSP 201403-001);
- di aver ricevuto la copia di pertinenza del presente modulo e che esso non contiene cancellature e di non averne ricevute altre ad integrazione dello stesso.

CONTRAENTE
(firma)

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei paragrafi seguenti delle Condizioni di Assicurazione, contenute nel Fascicolo Informativo:

Art. 1.1 - Oggetto dell'Assicurazione; Art. 1.2 - Esclusioni; Art. 1.4 - Massimali; NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI DANNI VALIDE PER LA SEZIONE 1; Art. 2.3 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 2.10 - Delimitazione dell'oggetto dell'assicurazione; Art. 2.12 - Esclusioni.

CONTRAENTE
(firma)

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Gentile Cliente, desideriamo informarla che, per poter instaurare il rapporto di cui al presente Modulo e poter adempiere agli obblighi previsti dalle normative nazionali e comunitarie, BancAssurance Popolari Danni S.p.A. sede legale in Via Calamandrei, 255 - 52100 Arezzo, e sede amministrativa in Via Francesco De Sanctis n. 11 - 00195 Roma (di seguito "Titolare") tratterà dati che La riguardano. Specificamente la Titolare tratterà Suoi dati personali "comuni", quali ad esempio anagrafiche e dati bancari, nonché dati sensibili (es. dati sul Suo stato di salute), che saranno raccolti per avviare il rapporto con Lei, oppure, in corso di rapporto, per assicurarle tutte le attività di gestione e di liquidazione, nonché di assistenza, ove da Lei richiesta; oppure, infine, in caso di contenzioso, a fini di difesa in giudizio. Qualora Lei non conferisse i dati richiesti, la Titolare si troverebbe nell'impossibilità di dare corso al rapporto e garantirle le prestazioni richieste. I Suoi dati saranno raccolti in archivi cartacei ed informatici, e saranno trattati secondo le modalità strettamente necessarie per raggiungere le finalità di cui sopra, ma in nessun caso saranno diffusi. La Titolare potrà comunicarli alle società del Gruppo a cui appartiene (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente), alle società esterne di cui la Titolare si avvale (servizi postali, servizi informatici, telematici e archiviazione) e alla Pubblica Amministrazione (es. IVASS, a cui competono le funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione) secondo gli obblighi di legge. In particolare, ai sensi della normativa anti-riciclaggio, la Titolare potrà comunicare i dati relativi alle operazioni poste in essere, ove ritenuti "sospetti", ad altri intermediari finanziari appartenenti al Gruppo. Inoltre, limitatamente a quanto necessario a garantirle le prestazioni oggetto del contratto, la Titolare potrà trasmettere i Suoi dati a soggetti appartenenti alla cd. "catena assicurativa" cioè coinvolti nella prestazione del servizio assicurativo (in qualità di autonomi Titolari o di Responsabili di BancAssurance Popolari Danni). Tali soggetti sono le imprese con cui la Titolare ripartisce il rischio assicurativo e i rischi di investimento (coassicuratori e riassicuratori), agenti, subagenti e mediatori di assicurazione, professionisti che interverranno qualora si verifichi l'evento assicurato (periti e medici). Potrà conoscere i soggetti appartenenti alla "catena assicurativa" a cui i Suoi dati saranno comunicati consultando la sezione privacy del sito <http://www.bancassurance.it>. I Suoi dati potranno essere trattati dalla Titolare per l'invio di materiale pubblicitario proprio o delle Società del Gruppo cui appartiene. Questo invio potrà avvenire con posta cartacea, e Lei potrà in qualsiasi momento opporsi a successivi invii. Inoltre, tale finalità potrà essere perseguita tramite telefono, sistemi automatizzati di chiamata, email, SMS, MMS, fax o e-mail. Rispetto a tutte queste modalità di trattamento differenti dalla posta cartacea, Lei ha facoltà di rilasciare apposito consenso in calce alla presente e in ogni momento potrà interrompere l'invio di tali comunicazioni, secondo le modalità indicate all'interno della comunicazione stessa (per le email, opzione "cancellami", ecc.). Le ricordiamo che Lei potrà in qualsiasi momento esercitare, mediante richiesta scritta indirizzata a mezzo fax al Responsabile per la gestione delle istanze degli interessati al n. 06. 42045831 corredata da fotocopia del documento di riconoscimento, tutti gli altri diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy, tra cui il diritto di accedere ai dati che La riguardano, ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco se trattati in violazione di legge, di opporsi al trattamento per motivi legittimi.

Sulla base delle informazioni che mi sono state rese,

- Autorizzo la Titolare al trattamento dei miei dati, anche sensibili, per dare corso al rapporto di cui al presente Modulo e a tutti quelli che in futuro saranno avviati con BancAssurance Popolari Danni. Autorizzo inoltre la Titolare alla comunicazione dei miei dati, anche sensibili, ai soggetti che effettuano per conto della stessa attività strettamente funzionali all'esecuzione degli obblighi contrattuali.

☐AUTORIZZO ☐NON AUTORIZZO

- Autorizzo la Titolare al trattamento dei miei dati anagrafici e dei miei recapiti per finalità di promozione commerciale a mezzo telefono, sistemi automatizzati di chiamata, email, SMS, MMS, fax o posta elettronica e acconsento alla comunicazione dei medesimi dati alle altre società del Gruppo per gli stessi fini, prendendo atto che questo consenso non è obbligatorio ai fini dell'esecuzione del contratto e che, qualora sia accordato, in qualsiasi momento potrò oppormi all'invio delle comunicazioni.

☐AUTORIZZO ☐NON AUTORIZZO

NOTA BENE Il consenso al trattamento dei Suoi dati sensibili (in particolare, dati sullo stato di salute) necessari a fini contrattuali è raccolto al momento dell'avvio del primo rapporto tra Lei e la Titolare. Visto che l'impatto in termini di trattamento di dati personali non muterà, il Suo consenso sarà ritenuto valido per ogni successivo rapporto, salvo il caso in cui cambino le finalità o le modalità con le quali i Suoi dati sono trattati. In tale eventualità, la Titolare La informerà e Le chiederà un nuovo consenso. Anche il consenso all'utilizzo dei Suoi recapiti per finalità di informazione commerciale è richiesto in occasione del primo rapporto con la Titolare. In qualsiasi momento, Lei potrà interrompere le comunicazioni commerciali, secondo le modalità previste sopra.

Luogo, _____ li _____

CONTRAENTE
(firma)

BancAssurance Popolari Danni S.p.A. Sede legale Via Calamandrei, 255- 52100 Arezzo - Sede Amministrativa Via Francesco De Sanctis, 11 - 00195 ROMA
Tel. 06.4204581 - Fax 06.42045832 - C.F. e P.IVA 01917540518 - Capitale Sociale Euro 5.500.000 i.v. - Registro Imprese di Arezzo n. 01917540518
R.E.A di Arezzo n. 148690 - Iscritta all'Albo delle Imprese al n. 1.00165 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni dei rami danni
con provvedimento IVASS N° 2595 del 14 marzo 2008 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UBI BANCA SPA
<http://www.bancassurance.it> - e-mail : info@bancassurance.it PEC: bancassurancepopolaridanni@postacert.cedacri.it - numero verde 800 663377

Data Ultimo Aggiornamento: 25/05/2015