



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONNESSO A UN PRESTITO CPI PRESTITI PERSONALI E FINALIZZATI

Contratto d'assicurazione collettiva ad adesione facoltativa sottoscritto da Cofidis S.p.A. presso ACM VIE SA e ACM IARD SA per conto dei suoi titolari di contratti di credito.

POLIZZE COLLETTIVE n. 16.36.59/01 -03/2021 (VITA) e n. 16.36.59/02 - 03/2021 (DANNI)

Il presente Set Informativo, contenente:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Glossario
- c) Informativa Privacy
- d) Modulo di Adesione

deve essere consegnato al Contraente ed all'Assicurato rispettivamente prima della sottoscrizione del contratto e del modulo di adesione.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo per le coperture Decesso, Perdita Totale ed Irreversibile di Autonomia ed Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (DIP VITA), il Documento informativo relativo al prodotto assicurativo per la copertura Perdita Involontaria di Impiego (DIP DANNI) relativo al prodotto assicurativo ed il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI).



ACM VIE SA: società anonima, con capitale sociale di Euro 778.371.392, iscritta nel Registro del Commercio e delle Società di Strasburgo al n. 332377597, con sede legale in 4 rue Frédéric - Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasburgo - Francia. Impresa autorizzata a svolgere le attività assicurative in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi –Iscrizione all'Elenco II delle Imprese presso IVASS al n. 01074

ACM IARD SA: società anonima, con capitale sociale di Euro 201.596.720, iscritta nel Registro del Commercio e delle Società di Strasburgo al n.352406748 con sede legale in 4 rue Frédéric - Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasburgo - Francia. Impresa autorizzata a svolgere le attività assicurative in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi –Iscrizione all'Elenco II delle Imprese presso IVASS al n. 01075

INFORMAZIONE IMPORTANTE

La presente copertura assicurativa prevede l'offerta congiunta e inscindibile delle seguenti garanzie distinte in funzione della durata del contratto di finanziamento e dei soggetti assicurabili.

A) Finanziamenti con durata inferiore o pari a 24 mesi

	Coperture	Compagnia Assicurativa
Pacchetto 1	Decesso Perdita Totale ed Irreversibile dell'Autonomia	ACM VIE SA

B) Finanziamenti con durata superiore a 24 mesi

	Coperture	Soggetti che possono sottoscrivere il pacchetto	Compagnia Assicurativa
Pacchetto 2	Decesso Perdita Totale ed Irreversibile dell'Autonomia	Lavoratori dipendenti pubblici Lavoratori Autonomi Casalinghe Studenti Pensionati	ACM VIE SA
Pacchetto 3	Decesso Perdita Totale ed Irreversibile dell'Autonomia	Lavoratori dipendenti del settore privato con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato	ACM VIE SA
	Perdita di Impiego		ACM IARD SA
Pacchetto 4	Decesso Perdita Totale ed Irreversibile dell'Autonomia Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio	Lavoratori dipendenti del settore privato con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato	ACM VIE SA
	Perdita di Impiego		ACM IARD SA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza collettiva n. 16.36.59/01 - 03/2021 (VITA) e n. 16.36.59/02 - 03/2021
(DANNI)(Data ultimo aggiornamento: 03/2021)

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il presente contratto di assicurazione, le Compagnie (ACM VIE SA e ACM IARD SA) si obbligano, nei limiti ed alle condizioni stabilite dagli articoli successivi, a corrispondere una prestazione all'Assicurato o ai Beneficiari, in base alla garanzia, qualora si verifichi uno dei seguenti eventi assicurati:

- **Decesso** dell'Assicurato (in seguito definita DC);
- **Perdita Totale ed Irreversibile dell'Autonomia** (in seguito definita PTIA);
- **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** a seguito di malattia o infortunio (in seguito definita ITT). Tale garanzia è facoltativa, è prestata solo in relazione a finanziamenti con durata superiore a 24 mesi ed è riservata alla categoria professionale dei Lavoratori dipendenti del settore privato con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;
- **Perdita Involontaria d'Impiego** a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo (in seguito definita PII); la garanzia è riservata alla categoria professionale dei Lavoratori dipendenti del settore privato con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato ed è prevista solo per finanziamenti di durata superiore a 24 mesi.

Si conviene che:

- le garanzie in caso di Decesso, Perdita Totale ed Irreversibile dell'Autonomia e Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio sono sottoscritte e prestata da ACM VIE SA;
- la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è sottoscritta e prestata da ACM IARD SA.

ART. 2 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

È assicurabile l'intestatario del contratto di finanziamento a condizione che:

- **al momento dell'adesione alla copertura assicurativa, abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti;**
- **abbia sottoscritto un contratto di finanziamento con l'Intermediario ed al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbia ancora compiuto 67 anni di età.**

Inoltre per beneficiare della garanzia Inabilità Totale e Temporanea al lavoro a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato non deve essere in congedo per ragioni di salute al momento dell'adesione, non deve essere stato in congedo per ragioni di salute durante i 24 mesi precedenti l'adesione per oltre 30 giorni consecutivi e non deve essere titolare di una rendita o di una pensione di invalidità.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Resta fermo quanto previsto all'art. 1 per le coperture ITT e PII in relazione alla durata del finanziamento ed alla professione dell'Assicurato.

ART. 3 - MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO - DECORRENZA E DURATA

Il Contratto si perfeziona mediante la sottoscrizione da parte dell'Assicurato di un Modulo di Adesione e restituzione di copia dello stesso all'Intermediario, a condizione che il finanziamento sia effettivamente erogato. Nel caso di mancata erogazione del finanziamento l'assicurazione non avrà efficacia.

L'adesione alle coperture assicurative potrà avvenire per il tramite dell'Intermediario autorizzato e dei soggetti di cui questo si avvale nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dall'Intermediario che, per tale contratto, impiega anche la tecnica di comunicazione del call center, fino alla conclusione del contratto.

Per "tecnica di comunicazione a distanza" si intende qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e dell'Assicurato, venga impiegata per la conclusione del contratto. Per "supporto durevole" si intende qualunque strumento che permetta al Contraente di memorizzare le informazioni a lui dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni stesse.

Nel caso di vendita a distanza, l'adesione potrà essere formalizzata dall'Assicurato mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione formato come documento informatico con firma digitale, oppure mediante telefonata registrata.

Ai sensi del Regolamento ISVAP n. 40 del 2 agosto 2018 concernente la disciplina dell'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa, si richiama l'attenzione sul fatto che, fatti salvi gli obblighi relativi alla disciplina vigente, il contratto è assoggettato anche alle norme di cui agli artt. 67 quater, 67 quinquies, 67 sexies, 67 septies, 67 octies del Decreto legislativo del 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo) e successive modifiche.

In caso di utilizzo di call center, l'Assicurato ha il diritto di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento di contratti di assicurazione a distanza svolta dal call center, indicandone il nominativo e le funzioni.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento (perfezionamento del contratto assicurativo) e rimane in vigore per la durata del piano di rimborso del finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del contratto - con un minimo di

un mese per la garanzia DC e PTIA e di 24 mesi per le garanzie ITT, PII, ed un massimo di 120 mesi per tutte le garanzie - a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.

La copertura assicurativa cessa in ogni caso:

- **al momento dell'estinzione del contratto di prestito o in caso di scioglimento del contratto di finanziamento;**
- **in caso di decesso dell'Assicurato;**
- **in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato durante i primi sessanta giorni di contratto;**
- **in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento;**
- **alla data di riscossione anticipata della totalità del debito dell'Assicurato per volontà di COFIDIS, nelle ipotesi previste dal contratto di finanziamento;**
- **alla data di comunicazione di avvenuta decadenza dal beneficio del termine del finanziamento da parte di COFIDIS, nelle ipotesi previste dal contratto di finanziamento;**
- **in caso di mancato pagamento da parte dell'Assicurato della rata mensile di rimborso del debito comprensiva della quota parte assicurativa;**
- **alla scadenza mensile della rata di rimborso del debito immediatamente successiva al ricevimento da parte di COFIDIS della comunicazione di recesso dell'Assicurato, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;**
- **al momento del pagamento della prestazione PTIA;**
- **per l'ITT: il giorno in cui l'Assicurato cessa la propria attività professionale remunerata oppure alla data di pensionamento.**

Il presente contratto è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

ART. 4 - PREMIO E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è calcolato applicando il tasso di premio, determinato in funzione del pacchetto, al capitale iniziale / capitale residuo del finanziamento.

Il premio è mensile.

La somma totale del premio è indicata nel Modulo di Adesione o nella lettera di conferma all'adesione telefonica e comprende la tassa d'assicurazione eventuale.

Il pagamento del premio sarà effettuato dall'Assicurato mensilmente contestualmente al pagamento delle rate del finanziamento.

La totalità del premio viene utilizzata dall'assicuratore per far fronte ai rischi assunti in contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dall'assicuratore quale corrispettivo del rischio corso.

Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.

ART. 5 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata totale del finanziamento da parte dell'Assicurato o di trasferimento del finanziamento, la copertura assicurativa cessa alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il premio ed i premi corrisposti restano acquisiti dalla Compagnia.

Nel caso di estinzione parziale del finanziamento, la copertura assicurativa resta efficace fino al termine del periodo di ammortamento alle medesime condizioni di premio.

ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa, **a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata all'assicuratore presso COFIDIS S.p.A. al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO, entro 60 giorni dalla data di perfezionamento del contratto (così come descritta all'art. 3).**

L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e l'assicuratore da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di ricevimento della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, l'assicuratore rimborserà all'Assicurato, un importo pari al premio pagato al netto dell'eventuale imposta e della parte a copertura del rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Resta inteso che qualora l'Assicurato receda dal contratto di finanziamento entro 14 giorni dalla sua conclusione, ai sensi dell'art. 125 ter del D. Lgs. 385/1993 (T.U.B.), il recesso si estende automaticamente alla copertura assicurativa sottoscritta e l'Assicurato ha diritto alla restituzione di un importo pari al premio eventualmente pagato al netto dell'eventuale imposta e della parte a copertura del rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

In caso di vendita a distanza mediante Call Center, ai sensi dell'art. 67duodecies del D. Lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo) e s.m.i., entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto (30 nel caso di polizza vita), l'Assicurato ha diritto di recedere a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, inviata a Cofidis S.p.A. via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO.

ART. 6 bis - DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA DEL CONTRATTO

In caso di durata poliennale, il presente contratto non prevede una riduzione di premio ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile e l'Assicurato ha facoltà di recedere dal contratto in qualsiasi momento. In questo caso le coperture cesseranno alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il premio e non è prevista la restituzione dei premi relativi al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

L'Assicurato può recedere mediante lettera raccomandata A/R indirizzata all'assicuratore presso COFIDIS S.p.A. al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO. In caso di recesso il pagamento dei premi cesserà dalla prima mensilità successiva alla data di effetto del recesso stesso.

ART.7 - ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono esclusivamente a carico dell'Assicurato.

ART. 8 - PRESCRIZIONE - RECLAMI - FORO COMPETENTE

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione danni si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione vita si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Si fa inoltre presente che ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005, così come implementata dal D.P.R. 116 del 22 giugno 2007, in caso di mancata riscossione delle somme dovute a titolo di indennizzo in relazione a polizze vita nei 10 anni decorrenti dalla data di libera disponibilità, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla summenzionata Legge 266 del 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 24/2008, per Reclamo si intende una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ogni reclamo che riguarda la relazione contrattuale o la gestione dei sinistri deve essere inviato per iscritto all'assicuratore tramite COFIDIS S.p.A. all'indirizzo seguente: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO - Italia - Tel. +39 (02) 36 61 62 35 o inviando una PEC a ufficioreclamificofidis@legalmail.it.

L'Ufficio Reclami del distributore trasmetterà senza ritardo alla competente struttura della Compagnia i reclami di competenza di quest'ultima, dandone contestuale notizia al reclamante.

La Compagnia o l'intermediario distributore risponderanno al reclamo di rispettiva competenza nei tempi più solleciti e comunque entro 45 giorni dalla data di ricezione.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. In particolare:

1. possono essere presentati all'IVASS:

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D. Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relativi alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alle compagnie di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle compagnie stesse o che hanno ricevuto una risposta totale o parziale, ma in ogni caso ritenuta non soddisfacente.

• I reclami devono essere inoltrati all'IVASS per iscritto utilizzando i riferimenti presenti sul sito internet www.ivass.it nella sezione "Reclami", oppure utilizzando il modello per la presentazione dei reclami ad IVASS.

• I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FINNET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm).

2. Per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:

- la facoltà di avvalersi della negoziazione assistita prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione;
- l'obbligo - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
- la facoltà - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire l'Autorità Giudiziaria competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
- è in ogni caso facoltà del reclamante ricorrere ad un arbitrato.

Si ricorda che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria.

3. Si informa infine l'Assicurato che, come previsto dal D.Lgs. n. 206/2005, in relazione alle controversie transfrontaliere, il medesimo può altresì rivolgersi al Centro nazionale della rete europea per i consumatori (ECCNET) per essere assistito nell'accesso all'organismo ADR che opera in un altro Stato membro ed è competente a trattare la sua controversia transfrontaliera. Il medesimo Centro nazionale è designato anche come punto di contatto ODR ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 1, del regolamento (UE) n. 524/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 maggio 2013, relativo alla risoluzione delle controversie online dei consumatori. Maggiori informazioni unitamente all'elenco degli organismi ADR sono reperibili al seguente link <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

Qualsiasi controversia tra le Compagnie e l'Assicurato in relazione all'esecuzione, interpretazione, validità o cessazione della copertura assicurativa, sarà risolta mediante ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria. Il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

ART. 9 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana. La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

ART. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 11 - CESSIONE DEI DIRITTI

L'assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

ART. 12 - COMUNICAZIONI TRA L'ASSICURATO E LE COMPAGNIE

Le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte, tramite COFIDIS S.p.A., per iscritto al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59- 20134 MILANO fax. n. +39 (02) 36 61 62 99. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

ART. 13 - LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma PTIA e l'ITT devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la PII è valida solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

Le garanzie Perdita Totale e Irreversibile di Autonomia e Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio non sono operanti nel caso si tratti di malattie o incidenti subiti da un Assicurato che non risieda sul territorio italiano o che risieda sul territorio italiano, ma soggiorni temporaneamente all'estero. In questi due ultimi casi, l'operatività delle garanzie sarà possibile soltanto al rientro dell'Assicurato sul territorio italiano e secondo le seguenti condizioni:

- La prestazione Perdita Totale e Irreversibile di Autonomia avverrà a partire dal giorno della constatazione medica dello stato di salute dell'Assicurato, da parte di ACM VIE SA, sul territorio italiano. Sulla base di questo controllo, l'assicuratore rimborsa il debito dell'Assicurato verso COFIDIS calcolato alla data del sinistro corrispondente alla somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento della PTIA, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 22.**
- La prestazione Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio è subordinata alla presenza dell'Assicurato sul territorio italiano. L'inizio del conteggio del periodo di franchigia decorre dal giorno della constatazione medica da parte di ACM VIE SA dello stato di salute dell'Assicurato che sia effettuata sul territorio italiano.

Gli assicurati, per i quali il rimpatrio sia impossibile in seguito di un infortunio o di una malattia, potranno avvalersi della garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio nel caso in cui:

- siano soggetti a ricovero ospedaliero in uno Stato membro dell'Unione Europea;
- comprovino che le prestazioni siano di competenza dell'INPS.

ART. 14 - DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI - MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie, tali per cui le Compagnie non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, le Compagnie avranno diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui le Compagnie hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, le Compagnie non saranno tenute a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, le Compagnie potranno recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalle Compagnie, o prima che le Compagnie abbiano dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

Con riferimento alle garanzie PII ed ITT se nel corso dell'assicurazione si verificasse la modifica della categoria professionale, l'Assicurato deve darne tempestiva comunicazione ad ACM IARD SA ed ad ACM VIE SA. Qualora la nuova categoria professionale comporti una diversa garanzia - secondo quanto indicato all'art. 1 - le Compagnie adegueranno il contratto in base al nuovo status lavorativo. Qualora l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, il contratto s'intenderà risolto dalla data di comunicazione del nuovo status lavorativo.

La mancata comunicazione di modifica della categoria professionale comporta l'impossibilità di adeguamento del contratto e la conseguente inefficacia della copertura assicurativa.

ART. 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Le Compagnie provvederanno alla liquidazione del sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione relativa allo stesso come indicata per ciascuna garanzia nelle sezioni che seguono, entro 30 giorni da tale ricezione.

ART. 16 - BENEFICIARI

Beneficiari delle prestazioni derivanti dal contratto sono:

- Per la sola copertura decesso: gli eredi dell'Assicurato.
- Per le coperture Perdita Totale ed Irreversibile d'Autonomia, Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio e Perdita Involontaria d'Impiego: l'Assicurato stesso.

GARANZIA IN CASO DI DECESSO

ART. 17 - OGGETTO DELLA GARANZIA IN CASO DI DECESSO

In caso di Decesso (DC) dell'Assicurato per qualsiasi causa, ACM VIE SA corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del Decesso, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 18.**

ART.18 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO

La garanzia di Decesso non opera qualora il decesso avvenga per le seguenti cause:

- **suicidio dell'Assicurato avvenuto entro il 1° anno di assicurazione, qualunque ne sia la causa;**
- **incidenti, lesioni, malattie, mutilazioni, volontari oppure dovuti a fatti volontari;**
- **operazioni belliche, sommosse, insurrezioni, attentati ed atti di terrorismo se l'Assicurato prende una parte attiva;**
- **effetti diretti o indiretti di esplosioni, sprigionamento di calore, inalazione oppure irradiazione atomica, nonché conseguenze di catastrofi naturali;**
- **utilizzo, come pilota oppure passeggero, di aeromobile, salvo nell'ambito di un volo sulle linee commerciali autorizzate;**
- **partecipazione a competizioni o allenamenti sportivi con veicoli provvisti o meno di motore.**

ART. 19 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO DECESSO - DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere denunciati per iscritto in tempo utile alla Compagnia ACM VIE SA tramite COFIDIS S.p.A. al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 Milano. Gli aventi diritto possono chiedere informazioni sulle modalità di dichiarazione del sinistro telefonando al servizio clienti al numero +39 02 36 61 62 35

Gli aventi diritto dovranno consegnare ad ACM VIE SA tutti i documenti richiesti che sono necessari e sufficienti a verificare il diritto alla prestazione e che sono:

- estratto dell'Atto di decesso dell'Assicurato;
- il certificato medico di decesso che indica la causa del decesso;
- in caso di decesso accidentale: ogni documento che precisa l'origine e le circostanze, in particolare processo verbale di polizia, ritaglio di giornale.

ACM VIE SA si riserva il diritto di richiedere eventuali documenti complementari qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro.

GARANZIA IN CASO DI PERDITA TOTALE E IRREVERSIBILE DI AUTONOMIA

Art. 20 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La garanzia opera solo in caso si verifichino contemporaneamente le seguenti 3 condizioni:

- l'Assicurato non deve aver compiuto i 67 anni di età;
- lo stato d'invalidità gli impedisce qualsiasi attività remunerata o attività lucrosa;
- lo stato d'invalidità lo obbliga a ricorrere in modo permanente a una terza persona per effettuare le quattro attività della vita quotidiana: alimentazione, abbigliamento, igiene personale (locale o generale), spostamenti.

ART. 21 - OGGETTO DELLA GARANZIA

In caso di sinistro la Compagnia corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento della PTIA, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 22.**

ART. 22 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA TOTALE E IRREVERSIBILE DI AUTONOMIA

La garanzia di Perdita Totale e Irreversibile di Autonomia non opera per le conseguenze di:

- **incidenti, lesioni, malattie, mutilazioni, volontari oppure dovuti a fatti volontari;**
- **operazioni belliche, sommosse, insurrezioni, attentati ed atti di terrorismo se l'Assicurato abbia preso una parte attiva;**
- **effetti diretti o indiretti di esplosioni, sprigionamento di calore, inalazione oppure irradiazione atomica, nonché conseguenze di catastrofi naturali;**
- **utilizzo, come pilota oppure passeggero, di aeromobile, salvo nell'ambito di un volo sulle linee commerciali autorizzate;**
- **partecipazione a competizioni o allenamenti sportivi con veicoli provvisti o meno di motore;**
- **depressioni nervose, affezioni psichiatriche o neuro-psichiatriche qualunque ne sia la causa;**
- **lombalgia, sciatalgia, dolore alla schiena, dolore cervicale, sacrocoxalgie, qualunque ne sia la causa;**
- **cure in un Istituto Termale, salvo quando l'Assicurato gode delle prestazioni previste nel contratto e quando la cura è riconosciuta adeguata al trattamento specifico dell'affezione che motiva il diritto all'indennizzo;**
- **trattamenti relativi alla chirurgia estetica, salvo quando sono conseguenti ad incidente oppure malattia.**

ART. 23 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO DI PERDITA TOTALE E IRREVERSIBILE DI AUTONOMIA - DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere denunciati in tempo utile ad ACM VIE SA tramite COFIDIS S.p.A. al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 Milano. Gli aventi diritto possono chiedere informazioni sulle modalità di dichiarazione del sinistro telefonando al servizio clienti al numero +39 02 36 61 62 35.

Gli aventi diritto dovranno consegnare ad ACM VIE SA tutti i documenti richiesti che sono necessari e sufficienti a verificare il diritto alla prestazione ed in particolare:

- **notifica di messa in invalidità emessa dall'organismo sociale al quale è affidato l'Assicurato.**

GARANZIA IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

ART. 24 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Per beneficiare della garanzia Inabilità Temporanea al Lavoro (ITT), al momento dell'adesione l'Assicurato:

- non deve aver compiuto i 67 anni di età;
- non deve essere in congedo per ragioni di salute;
- non deve essere stato in congedo malattia per oltre 30 giorni consecutivi durante i 24 mesi precedenti l'adesione;
- non deve essere titolare di una rendita o di una pensione d'invalidità.

ART. 25 - OGGETTO DELLA GARANZIA

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di un infortunio o di una malattia.

L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea al Lavoro consiste nel pagamento all'Assicurato delle residue mensilità dallo stesso dovute in forza del finanziamento a COFIDIS S.p.A. calcolate alla data del sinistro, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 27.**

ART. 26 - FRANCHIGIA

La copertura ITT è sottoposta ad un termine di franchigia assoluto di 60 (sessanta) giorni. Il termine di franchigia è calcolato a partire dal primo giorno di completa interruzione del lavoro.

ART. 27 - ESCLUSIONI

La garanzia di Inabilità Totale e Temporanea al lavoro a seguito di malattia o infortunio non opera per le conseguenze di:

- incidenti, lesioni, malattie, mutilazioni, volontari oppure dovuti a fatti volontari;
- operazioni belliche, sommosse, insurrezioni, attentati ed atti di terrorismo se l'Assicurato abbia preso una parte attiva;
- effetti diretti o indiretti di esplosioni, sprigionamento di calore, inalazione oppure irradiazione atomica, nonché conseguenze di catastrofi naturali;
- utilizzo, come pilota oppure passeggero, di aeromobile, salvo nell'ambito di un volo sulle linee commerciali autorizzate;
- partecipazione a competizioni o allenamenti sportivi con veicoli provvisti o meno di motore.
- depressioni nervose, affezioni psichiatriche o neuro-psichiatriche qualunque ne sia la causa;
- lombalgia, sciatalgia, dolore alla schiena, dolore cervicale, sacrocoxalgia, qualunque ne sia la causa;
- cure in un Istituto termale, salvo quando l'Assicurato gode delle prestazioni previste nel contratto e quando la cura è riconosciuta adeguata al trattamento specifico dell'affezione che motiva il diritto all'indennizzo;
- trattamenti relativi alla chirurgia estetica, salvo quando sono conseguenti ad incidente oppure malattia.

ART. 28 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO - DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere denunciati in tempo utile ad ACM VIE SA tramite COFIDIS S.p.A. al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59- 20134 Milano. Gli aventi diritto possono chiedere informazioni sulle modalità di dichiarazione del sinistro telefonando al servizio clienti al numero +39 (02) 36 61 62 35.

Gli aventi diritto dovranno consegnare ad ACM VIE SA tutti i documenti richiesti che sono necessari e sufficienti a verificare il diritto alla prestazione ed in particolare:

- il certificato medico d'inabilità-invalidità;
- Modello di denuncia per incapacità temporanea di lavoro compilato, sottoscritto e timbrato dal datore di lavoro e dal medico curante e attestato di sospensione dal lavoro compilato dal datore di lavoro e dall'Assicurato. Per la prosecuzione del sinistro sono sufficienti i certificati che attestino la continuità della malattia;
- se l'Assicurato non è sottoposto alla sicurezza sociale: ogni parte che giustifica l'esercizio di un'attività professionale remunerata alla data di sinistro, un certificato medico dettagliato stabilito dal medico curante dell'Assicurato che precisa la natura della malattia o dell'incidente, la sua durata probabile e l'impossibilità totale di lavoro che ne risulta per questo periodo; questo certificato deve essere rinnovato almeno ogni 60 giorni, come ogni documento emanato da un organismo obbligatorio e riguardante l'Inabilità totale.

L'assicuratore si riserva il diritto di richiedere una perizia medica in qualsiasi momento. In questo caso, l'Assicurato può farsi assistere dal suo medico curante. I pagamenti saranno sospesi fino a comunicazione delle conclusioni da parte del medico incaricato dall'assicuratore.

GARANZIA IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

ART. 29 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

Per beneficiare della garanzia per perdita involontaria dell'impiego l'Assicurato deve, alla data del sinistro :

- non aver compiuto i 67 anni di età;
- esercitare un'attività remunerata da almeno 12 mesi ininterrotti nel quadro di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

La garanzia si attiva, **fatte salve le esclusioni all'Art. 34**, qualora la perdita di impiego sia conseguenza di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Legge n. 604/1966 art. 3).

ART. 30 - PERIODO DI CARENZA

Per i sinistri oggetto della copertura per Perdita Involontaria dell'Impiego è previsto un periodo di carenza di 90 giorni calcolato dalla data di perfezionamento del contratto.

ART. 31 FRANCHIGIA

La garanzia è sottoposta ad un termine di franchigia assoluto di 60 (sessanta) giorni. Il termine di franchigia è calcolato a partire dal primo

giorno di versamento delle indennità da parte dell'organismo sociale di disoccupazione (INPS).

ART. 32 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

L'Indennizzo per il caso di Perdita involontaria dell'impiego consiste nel pagamento all'Assicurato delle residue mensilità dallo stesso dovute in forza del finanziamento a COFIDIS S.p.A. con il limite di 9 mensilità, calcolate alla data del licenziamento **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 34 ed a condizione che sia decorso il periodo di carenza.**

La copertura inizia dopo un periodo di franchigia di 60 giorni consecutivi a decorrere dal momento in cui inizia il versamento delle indennità di disoccupazione da parte degli enti previdenziali italiani e continua fino a quando si può giustificare il pagamento di tali aiuti entro il limite di 9 mesi di copertura.

L'Assicurato potrà in seguito beneficiare alle stesse condizioni, di una seconda copertura a seguito di una nuova perdita d'impiego, se questa avviene dopo la ripresa di un'attività retribuita di almeno 9 mesi consecutivi, prestata con un contratto a tempo indeterminato, presso il medesimo datore di lavoro, e qualora abbia beneficiato dell'indennità di disoccupazione per 60 giorni consecutivi (periodo di franchigia).

Art. 33 - LIMITI DI INDENNIZZO

La durata della copertura per Perdita Involontaria dell'Impiego è limitata ad un massimo 18 mesi per l'intero Contratto.

La copertura cessa in ogni caso, quando si verificano le condizioni di cui all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 34 - ESCLUSIONI

La garanzia Perdita Involontaria dell'Impiego non opera in caso di:

- cessazione del contratto di lavoro su iniziativa dell'Assicurato oppure per colpa dell'Assicurato;
- stato di disoccupazione sorto nel corso di un contratto di lavoro a durata determinata oppure di un periodo di tirocinio;
- stato di disoccupazione conseguente al licenziamento dell'Assicurato effettuato da un membro della sua famiglia, da una persona giuridica controllata oppure diretta da un membro della sua famiglia;
- risoluzione consensuale del contratto di lavoro;
- cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento dell'Assicurato;
- recesso dal contratto di lavoro effettuata da una delle parti, durante il periodo di prova;
- disoccupazione stagionale e cassa integrazione;
- interruzione e/o sospensione dell'attività lavorativa per inserimento nelle liste di mobilità.

ART. 35 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO - DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere denunciati in tempo utile ad ACM IARD SA tramite COFIDIS S.p.A. al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59- 20134 Milano. Gli aventi diritto possono chiedere informazioni sulle modalità di dichiarazione del sinistro telefonando al servizio clienti al numero +39 (02) 36 61 62 35.

Gli aventi diritto dovranno consegnare ad ACM IARD SA la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia del contratto di lavoro in corso al giorno del sinistro;
- lettera di assunzione e copia dell'ultima busta paga;
- copia del contratto di lavoro in vigore alla data di firma del Modulo di Adesione (se il datore di lavoro è diverso alla data d'adesione di quello alla data di sinistro);
- lettera di Licenziamento con motivazione;
- iscrizione all'INPS per richiesta sussidi di disoccupazione;
- copia dei sussidi di disoccupazione (solo in caso di prosecuzione).

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire ad ACM IARD SA le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

GLOSSARIO

(Data ultimo aggiornamento: 03/2021)

Di seguito una spiegazione dei termini solitamente utilizzati nei contratti assicurativi che il Contraente e l'Assicurato potranno utilizzare per una migliore comprensione del contratto. **Si avvertono tuttavia il Contraente e l'Assicurato che le definizioni di seguito riportate non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione della copertura assicurativa, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nelle Condizioni di assicurazione.**

Assicurato:

persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il contratto o a cui si riferisce il rischio oggetto di assicurazione, che può coincidere o no con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Assicuratore:

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto collettivo di assicurazione.

Beneficiario:

persona fisica o giuridica designata nel contratto, che può coincidere con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza (o sospensione della copertura assicurativa):

periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo l'assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti:

parte del premio destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'assicuratore.

Compagnia:

Vedi "Assicuratore".

Condizioni contrattuali (o di polizza):

insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi:

l'insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse dell'assicuratore può collidere con quello del Contraente o dell'Assicurato.

Contraente:

persona giuridica che stipula il contratto collettivo di assicurazione con l'assicuratore e che versa al medesimo i premi pagati dagli Assicurati.

Contratto di assicurazione:

contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Copertura assicurativa:

insieme delle garanzie assicurative offerte dall'assicuratore.

Decorrenza della garanzia:

momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato):

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

Durata contrattuale:

periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni:

rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Franchigia assoluta:

periodo di tempo superato il quale l'assicuratore indennizza il sinistro.

Garanzia:

copertura assicurativa prevista dal contratto in base alla quale l'assicuratore si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario (es. decesso, invalidità permanente totale, ecc.).

Impresa:

Vedi "Assicuratore".

Inabilità temporanea totale:

incapacità totale ad attendere alle proprie occupazioni per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo:

somma dovuta dall'assicuratore al Beneficiario in caso di sinistro.

Infortunio:

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

Intermediario:

la persona fisica o la società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).

Lavoratore Dipendente pubblico:

la persona fisica, come sopra definita, che presti il proprio lavoro alle dipendenze dell'amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine 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 e 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.

Liquidazione:

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

Malattia:

ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Massimale:

somma massima garantita dall'assicuratore al Beneficiario.

Montante lordo:

la somma delle rate mensili da versare, previste dal piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di finanziamento.

Non Lavoratore:

la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente o Lavoratore Dipendente Pubblico.

Perdita involontaria d'impiego:

perdita dell'impiego non dipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Polizza collettiva:

contratto di assicurazione stipulato da un Contraente costituito da una persona giuridica per conto di un gruppo di Assicurati.

Premio di tariffa:

somma di premio puro e dei caricamenti.

Premio puro:

importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'assicuratore con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulle probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Prescrizione:

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

Prestazione assicurata:

somma che l'assicuratore garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta:

documento o modulo sottoscritto dall'Assicurato con il quale egli manifesta all'assicuratore la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Recesso (o diritto di ripensamento):

diritto dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Ricovero ospedaliero:

degenza che comporti almeno un pernottamento in una struttura ospedaliera.

Rischio demografico:

rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'assicuratore di erogare la prestazione assicurata.

Set Informativo:

l'insieme della documentazione informativa da consegnare al Contraente ed all'Assicurato, composto da: Condizioni di assicurazione, Glossario e Modulo di adesione alla copertura assicurativa.

Scadenza:

data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Tecniche di comunicazione a distanza:

qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'assicuratore (o di un intermediario incaricato dall'assicuratore) e dell'Assicurato, possa impiegarsi per la trasmissione delle comunicazioni inerenti al contratto.

Tasso di premio:

importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 dell'UE
(Data ultimo aggiornamento: 03/2021)

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento 679/2016 dell'UE sulla privacy (di seguito Regolamento), riguardante i dati personali comunicati direttamente dall'utente alla Società o raccolti dalla Società stessa con il consenso dell'utente tramite una rete di intermediari e che saranno trattati (1), si informa di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

ACM VIE S.A. (4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - 67000 STRASBURGO FRANCIA) è titolare del trattamento dei dati riguardanti le garanzie «Decesso», «Perdita totale ed irreversibile dell'autonomia» e «Inabilità Temporanea Totale al lavoro».

ACM IARD: S.A. (4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - 67000 STRASBURGO FRANCIA) è titolare del trattamento dei dati relativi alla garanzia «Perdita involontaria dell'impiego».

2. Finalità del trattamento dei dati

La raccolta e il trattamento dei dati personali sono necessari innanzitutto all'analisi dei bisogni assicurativi dell'utente, alla valutazione dei rischi, alla tariffazione, alla preparazione, quindi all'esecuzione del contratto.

Alcuni trattamenti sono poi necessari per il rispetto di obblighi legali, che si estende essenzialmente alla lotta al riciclaggio di capitali e al finanziamento del terrorismo o, se del caso, alla lotta all'evasione fiscale.

Un trattamento è effettuato anche a fini di lotta contro la frode alle assicurazioni. Questo trattamento è operato nel legittimo interesse dell'assicuratore e della tutela della comunità degli assicurati. Si precisa che una frode appurata potrà comportare l'iscrizione in una lista delle persone presentanti un rischio di frode e che tale iscrizione potrà bloccare qualunque relazione contrattuale con l'assicuratore per cinque anni.

Infine, i dati dell'utente possono essere utilizzati, con l'accordo dell'utente stesso, per proporgli prodotti e servizi aggiuntivi.

I dati sulla salute sono trattati da personale appositamente sensibilizzato sulla riservatezza di tali dati. Sono oggetto di una maggiore sicurezza informatica.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere inviati ai nostri eventuali subappaltatori, prestatori di servizi, mandatari, riassicuratori e coassicuratori, fondi di garanzia, organismi professionali, autorità e organismi pubblici, per la gestione e per l'esecuzione del contratto dell'utente, nonché per la fornitura delle prestazioni e per il rispetto degli obblighi legali o normativi.

I dati relativi alla lotta contro il riciclaggio di capitali e il finanziamento del terrorismo e i dati relativi alla lotta contro la frode sono condivisi con le unità del nostro gruppo e con le persone interessate, nel rigoroso rispetto della normativa.

I dati di identificazione, i recapiti e le informazioni che consentono di misurare il grado di interesse dell'utente per nuovi prodotti potranno essere messi a disposizione delle unità del nostro Gruppo, nonché dei nostri subappaltatori, distributori esterni e partner commerciali al fine di proporre nuovi prodotti e servizi.

I dati personali dell'utente possono essere trattati al di fuori dell'Unione europea, ma soltanto per le finalità suddette. Se la legislazione dello Stato di destinazione dei dati non garantisce un livello di tutela ritenuto dalla Commissione europea equivalente a quello vigente nell'Unione, l'assicuratore esigerà garanzie complementari conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa.

4. Durata di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per la durata dell'adesione, prorogata dalla prescrizione connessa a tutte le azioni derivanti direttamente o indirettamente dall'adesione stessa,
- in caso di sinistro o di controversia, la durata di conservazione è prorogata tanto a lungo quanto questa situazione necessiterà il ricorso alle informazioni personali riguardanti l'utente e fino a prescrizione di tutte le azioni ad esso connesse,
- per qualunque durata imposta da un obbligo legale o normativo.

5. Diritti dell'interessato

Per i dati personali, l'utente dispone di un diritto di accesso, di aggiornamento, di rettifica, di opposizione per legittimo motivo, di limitazione e di portabilità. Inoltre, l'utente può opporsi, in qualunque momento e gratuitamente, all'utilizzo dei suoi dati per fini commerciali. Per l'esercizio dei propri diritti, occorre rivolgere una domanda al proprio assicuratore al seguente indirizzo: Service Conformité, 63 Chemin A. PARDON 69814 TASSIN CEDEX FRANCIA.

In caso di difficoltà sul trattamento delle informazioni personali, si può sporgere un reclamo presso il Delegato per la Protezione dei Dati, allo stesso indirizzo.

In caso di difficoltà persistente sul trattamento dei dati personali, il reclamo può essere inoltrato a: GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma - ITALIA

(1) Trattamento: qualunque operazione o complesso di operazioni effettuate o meno tramite procedimenti automatizzati e applicati a dati o a complessi di dati personali, quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'utilizzo, la comunicazione tramite trasmissione, la diffusione o qualunque altra forma di messa a disposizione, il confronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA “CPI PRESTITI PERSONALI E FINALIZZATI COFIDIS” AD ADESIONE FACOLTATIVA

Polizza Collettiva n. 16.36.59/01 stipulata da Cofidis S.p.A. con ACM VIE SA per l'assicurazione dei rischi vita caso Decesso, Perdita Totale ed Irreversibile di Autonomia, Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio e Polizza collettiva n. 16.36.59/02 stipulata da Cofidis S.p.A. con ACM IARD SA per l'assicurazione dei rischi Perdita Involontaria di Impiego.

<u>DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO</u>	
Numero di Contratto: _____	Capitale Iniziale: _____
Durata Finanziamento (mesi): _____	Importo della Rata di Rimborso: _____

<u>DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO</u>			
Nome: _____	Cognome: _____		
Luogo di Nascita: _____	Data di Nascita (gg/mm/aa): _____	Sesso: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale: _____	Recapito Telefonico: _____		
Indirizzo _____	Cap. _____	Comune _____	Prov: _____

<u>DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA</u>					
Sezione		Garanzia <small>(valida se selezionata e corrisposto il relativo premio)</small>	Somma Assicurata (euro)	Premio Lordo (euro)	di cui Imposte (euro)
Protezione del capitale residuo del finanziamento	<input type="checkbox"/>	Decesso	Capitale Assicurato		
	<input type="checkbox"/>	Perdita Totale ed Irreversibile di Autonomia	Capitale Assicurato		
Protezione della rata del finanziamento	<input type="checkbox"/>	Inabilità Temporanea Totale al lavoro*	Rata mensile assicurata		
	<input type="checkbox"/>	Perdita Involontaria di Impiego*	Rata mensile assicurata		

*Garanzie operanti in funzione della categoria professionale dell'Assicurato e/o della durata del finanziamento.

<u>INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA</u>			
Importo premio mensile : _____ così ripartito fra:			
a) premio lordo per le coperture di ACM VIE S.A.:	di cui costi a carico dell'Assicurato:	di cui importo retrocesso all'intermediario:	
b) premio lordo per la copertura di ACM IARD S.A.:	di cui costi a carico dell'Assicurato:	di cui importo retrocesso all'intermediario:	
<small>(comprensivo di imposte pari al 2,5% del premio imponibile)</small>			

<u>DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO:</u>
<p><u>Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'Informativa Precontrattuale, del Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo per le coperture Decesso, Perdita Totale ed Irreversibile di Autonomia ed Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (DIP VITA), del Documento informativo relativo al prodotto assicurativo per la copertura Perdita Involontaria di Impiego (DIP DANNI), del Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI) e del Set Informativo, aderisce alla copertura assicurativa offerta da ACM VIE SA e ACM IARD SA. A tal fine dichiara:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> di essere stato preventivamente informato dalla Contraente che la copertura assicurativa è facoltativa e che il sottoscritto ha la possibilità di procurarsi una copertura alternativa a quella offerta da ACM VIE SA e da ACM IARD SA; di non essere attualmente in congedo per ragioni di salute, di non essere stato in congedo malattia per oltre 30 giorni consecutivi durante i 24 mesi antecedenti l'adesione e di non essere titolare di una rendita o di una pensione di invalidità; di aver ricevuto prima dell'adesione copia dell'Informativa Precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018; di essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, gli eredi; di impegnarsi a corrispondere il premio mensile a Cofidis S.p.A. unitamente alle rate di ammortamento del finanziamento e di CONFERIRE MANDATO a Cofidis S.p.A. a trattenere e versare il suddetto premio a ACM VIE SA e ACM IARD SA; di essere consapevole che l'adesione alla copertura assicurativa può avvenire mediante tecniche di comunicazione a distanza e anche tramite firma digitale, laddove previsto; di essere consapevole del diritto di revocare la presente adesione prima della data di decorrenza delle coperture assicurative (coincidente con la data di erogazione del finanziamento) e di avere inoltre il diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative secondo quanto specificato nelle condizioni di assicurazione, nei DIP VITA e DIP DANNI. La revoca/recesso devono essere comunicati mediante lettera raccomandata a.r. al seguente indirizzo COFIDIS S.p.A. - Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO.
<p>➔ Firma dell'Assicurato (leggibile) _____</p>

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di aver ricevuto, letto e compreso, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente modulo, Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo per le coperture Decesso, Perdita Totale ed Irreversibile di Autonomia ed Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (DIP VITA), il Documento informativo relativo al prodotto assicurativo per la copertura Perdita Involontaria di Impiego (DIP DANNI), il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI), "il Modello unificato allegati 4 e 4-ter nonché il Modello 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018 sulla distribuzione assicurativa" ed il Set informativo contenente "Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario" e "Modulo di adesione alla copertura assicurativa";
- di ACCETTARE le Condizioni di Assicurazione

➔ Firma dell'Assicurato (leggibile) _____

AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, sostenendone direttamente il costo, non quantificabile a priori in quanto dipende dalla struttura medica liberamente prescelta dall'Assicurato stesso

APPROVAZIONI SPECIFICHE

Con la presente sottoscrizione dichiaro di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le disposizioni qui richiamate delle Condizioni di assicurazione: art. 3 (Modalità di perfezionamento del contratto - decorrenza e durata); art. 5 (Estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento); art. 6 bis (Diritto di recesso nel corso della durata del contratto); art. 7 (Oneri fiscali); art. 8 (Reclami - Foro Competente); art. 11 (Cessione dei diritti); art. 14 (Dichiarazioni false, inesatte o reticenti - modifica della categoria professionale); art. 18 (Esclusioni per il caso di Decesso); art. 19 (Obblighi in caso di sinistro Decesso - denuncia del sinistro); art. 22 (Esclusioni per il caso di Perdita Totale e Irreversibile di Autonomia); art. 23 (Obblighi in caso di sinistro Perdita totale e irreversibile di autonomia - denuncia del sinistro); art. 26 (Franchigia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di malattia o infortunio); art. 27 (Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di malattia o infortunio); art. 28 (Obblighi in caso di sinistro di inabilità temporanea totale al lavoro a seguito di malattia o infortunio - denuncia del sinistro); art. 30 (Periodo di carenza di Perdita involontaria dell'impiego); art. 31 (Franchigia di Perdita involontaria dell'impiego); art. 32 (Indennizzo per il caso di Perdita involontaria dell'impiego); art. 33 (Limiti di indennizzo); art. 34 (Esclusioni per il caso di Perdita involontaria dell'impiego); art.35 (Obblighi in caso di sinistro di Perdita involontaria dell'impiego - denuncia del sinistro).

➔ Firma dell'Assicurato (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a, è consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali (ed in particolare "i dati relativi alla salute") ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità di cui all'Informativa, compresa la loro comunicazione come indicato nella stessa Informativa. Acconsente inoltre che il trattamento di tali dati personali, in particolare quelli relativi allo stato di salute, vengano utilizzati per instaurare, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione del credito.

➔ Firma dell'Assicurato (leggibile) _____

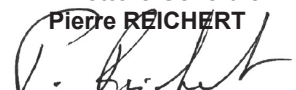
Luogo _____

Data _____

ACM VIE SA
Il Direttore Generale
Pierre REICHERT



ACM IARD SA
Il Direttore Generale
Pierre REICHERT





ACM VIE SA: società anonima, con capitale sociale di Euro 778.371.392, iscritta nel Registro del Commercio e delle Società di Strasburgo al n. 332377597, con sede legale in 4 rue Frédéric - Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasburgo - Francia. Impresa autorizzata a svolgere le attività assicurative in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi –Iscrizione all'Elenco II delle Imprese presso IVASS al n. 01074

ACM IARD SA: società anonima, con capitale sociale di Euro 201.596.720, iscritta nel Registro del Commercio e delle Società di Strasburgo al n.352406748 con sede legale in 4 rue Frédéric - Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasburgo - Francia. Impresa autorizzata a svolgere le attività assicurative in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi –Iscrizione all'Elenco II delle Imprese presso IVASS al n. 01075