POLIZZA DI PROTEZIONE DEL CREDITO

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.**, Italia – Iscritta al Reg. Imprese Ass., n. 1.00062

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

Che tipo di assicurazione è?

CPI Prestiti Personali COFIDIS è una polizza collettiva Danni + Vita abbinabile a scelta dell'Aderente ai prestiti personali erogati da Cofidis S.A., Succursale italiana e distribuiti dalle Filiali delle banche con le quali la stessa COFIDIS ha stretto rapporti di collaborazione. Essa prevede una serie di garanzie – alcune attive per tutti gli Assicurati e altre attivabili in funzione della categoria professionale di appartenenza dell'Assicurato – sulla base di specifici parametri prestabiliti dal contratto. ACM VIE SA offre una prestazione in caso di decesso dell'As-sicurato, mentre Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. paga un indennizzo in caso di Invalidità permanente totale da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, perdita di impiego o ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico.

Puoi acquistare questo prodotto soltanto se sei titolare di un conto corrente presso la banca che ti vende il prodotto.

Che cosa è assicurato?

Helvetia Italia Assicurazioni ti tutela nel caso si verifichi un evento sfavorevole che possa compromettere:
(i) la tua capacità di rimborsare il debito residuo in essere sul prestito che hai acceso
(ii) pagare con regolarità le rate del prestito alle scadenze pattuite.
Entrambe le sezioni sono sempre operanti.

- ✓ **Invalidità Permanente Totale:** In relazione alla protezione del debito residuo, la polizza opera a fronte del riconoscimento di una Invalidità Permanente Totale, di grado non inferiore al 60%, derivante da un infortunio o malattia.

Per questa garanzia l'indennizzo pagato all'assicurato è pari al valore del debito residuo del prestito secondo l'originario piano di ammortamento.

Con riferimento alla protezione della rata del prestito, le garanzie previste dal prodotto sono acquistabili in base alla categoria professionale dell'Assicurato, secondo il seguente schema:

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** (disponibile soltanto per i lavoratori autonomi): la garanzia opera a fronte di un infortunio o di una malattia che impedisca all'Assicurato di svolgere la sua specifica attività per un periodo limitato di tempo;
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego** (disponibile unicamente per i lavoratori dipendenti di azienda privata di diritto italiano) la garanzia opera a fronte di un licenziamento che comporti per l'Assicurato un periodo di disoccupazione;
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** (garanzia sempre attivabile per Non Lavoratori e Lavoratori Dipendenti di Ente pubblico): la garanzia opera a fronte di un ricovero ospedaliero reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" indicati in polizza e derivanti da infortunio o malattia.

Le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita Involontaria d'Impiego garantiscono una indennità mensile pari a ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere, rispettivamente, nel periodo d'inabilità temporanea totale o nel periodo di disoccupazione comprovato, mentre l'assicurazione Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico garantisce un indennizzo forfetario.

Che cosa non è assicurato?

- × Non sono assicurabili le persone che, quando l'assicurazione ha inizio, abbiano una età inferiore a 18 anni o superiore a 69 anni non compiuti,fermo restando che l'Assicurato, al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbia ancora compiuto 70 anni di età.
- × Relativamente alla garanzia "Perdita involontaria d'impiego", non sono assicurate le ipotesi di disoccupazione conseguenti a risoluzione volontaria del rapporto di lavoro per volontà e tutti i casi in cui la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto, sia conseguenza di (pre)pensionamento o di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo.

Ci sono limiti di copertura?

Sono escluse le conseguenze:

- ! di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione;
- ! dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! di stati di alcolismo acuto o cronico;
- ! di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! di guerra o insurrezione;
- ! di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo
- ! commerciale);
- ! di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! di tutti i rischi nucleari.

Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia hanno validità in tutto il mondo ma devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.
- ✓ La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha validità soltanto nel territorio della Repubblica italiana (l'assicurazione non opera se al momento del sinistro l'Assicurato sta svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana).
- ✓ La garanzia Ricovero ospedaliero per Grande intervento Chirurgico è valida nel territorio dell'Unione Europea e della Confederazione Elvetica.

Che obblighi ho?

Hai il dovere di:
- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare alla Compagnia con lettera raccomandata i cambiamenti che possono comportare aggravamento di rischio o, una variazione nella categoria professionale in cui sei stato inquadrato.

In caso di sinistro devi:
- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

Potendo assicurare soltanto prestiti di nuova erogazione, il premio di polizza viene sempre finanziato dalla Contraente (Cofidis S.A., Succursale italiana) ed è versato da quest'ultima alla Compagnia.

Il pagamento del premio da parte dell'Assicurato, pertanto, avviene contestualmente al pagamento di ciascuna rata del finanziamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio, e termina alle ore 24.00 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

La durata del contratto segue la durata del finanziamento.

Come posso disdire la polizza?

Hai il diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento in cui la copertura decorre, inviando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R. La Compagnia a rimborsa il premio pagato al netto dell'imposta.

Se il contratto supera i cinque anni l'Assicurato, trascorso il quinquennio, puoi esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Assicurazione *Credit Protection Insurance*

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

ACM VIE SA

Prodotto : Prestiti personali e finalizzati

Data di realizzazione del DIP Vita: 01/2023 - il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.
Che tipo di assicurazione è?

Una soluzione assicurativa in forma di Polizza collettiva ad adesione facoltativa, che copre alcuni rischi che potrebbero impedire all'Aderente/Assicurato di rimborsare il finanziamento erogato da Cofidis S.A., Succursale italiana, ACM VIE S.A. offre una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.
L'adesione alla polizza è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva di ramo danni facoltativa avente ad oggetto le garanzie Inabilità temporanea totale (ITT), invalidità permanente totale (IPT), ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico e la perdita involontaria dell'impiego (PII) prestate da HELVETIA Italia Assicurazioni S.p.A, per la quale si rinvia alla relativa documentazione di polizza.

Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Prestazione in caso di decesso per qualsiasi causa dell'assicurato (D) dà diritto al Beneficiario a ricevere da parte di ACM VIE SA una somma pari al capitale residuo del finanziamento previsti nelle condizioni generali di assicurazione e riepilogati nelle sezioni che seguono

Le prestazioni potrebbero essere offerte in modo congiunto alle garanzie Inabilità temporanea totale (ITT), invalidità permanente totale (IPT), ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico e la perdita involontaria dell'impiego (PII) prestate da HELVETIA Italia Assicurazioni S.p.A, per la quale si rinvia alla relativa documentazione di polizza.

Che cosa NON è assicurato?

Non sono coperti dall'assicurazione in caso di Decesso :

- ✗ i soggetti che al termine del piano di rimborso del finanziamento erogato da Cofidis S.A., Succursale italiana abbiano compiuto 70 anni
- ✗ all'apertura del contratto, soggetti con un'età inferiore a 18 e pari o superiore a 69 anni
- ✗ i soggetti che non abbiano compilato e sottoscritto l'apposito

Ci sono limiti di copertura?

Decesso:

La prestazione è esclusa ove il decesso sia conseguenza:

- ! di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione alla copertura assicurativa;
- ! dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! di stati di alcolismo acuto o cronico;
- ! di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! di guerra o insurrezione;
- ! di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
- ! di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! di tutti i rischi nucleari;
- ! in caso di suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione alla copertura assicurativa;

Dove vale la copertura?

✔ L'assicurazione ti copre senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

A pena di nullità, non operatività, perdita totale o parziale della garanzia o del diritto a ricevere l'indennizzo in caso di sinistro :

Quando sottoscrivi il contratto : hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
Nel corso del contratto : hai il dovere di pagare regolarmente il premio ; devi comunicare i cambiamenti che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato, quali le variazioni della professione esercitata.
Nel caso in cui si verifichi l'evento assicurato il/i Beneficiario/i, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, dovrà/dovranno fornire all'Assicurato la seguente documentazione:

- estratto d'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,
- eventuali ulteriori documenti che ACM VIE richieda ove ritenga siano indispensabili per la corretta valutazione del sinistro.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare.
Il premio è finanziato dal contraente della polizza collettiva ed è versato da quest'ultimo, previa tua delega al versamento, in via anticipata ed in unica soluzione.
Non è possibile procedere con il frazionamento del premio.
Il premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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 ed un massimo di 120 mesi - 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 ;
- al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alle garanzie D, IPT ;
- in caso di decesso dell'Assicurato ;
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato
- in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento qualora l'Assicurato non abbia espresso intenzionalmente la volontà di mantenere la copertura assicurativa.

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

Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (e cioè sino alle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento), hai facoltà di revocare la tua adesione alla polizza collettiva mediante comunicazione scritta da inviarsi a Cofidis S.A., Succursale italiana - Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO.

Se ci ripensi, hai diritto di recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di perfezionamento del contratto assicurativo.

In caso di vendita a distanza mediante Call Center, entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto (30 nel caso di polizza vita), hai diritto di recedere a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, inviata a Cofidis S.A., Succursale italiana via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO.

Inoltre, in caso di recesso 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 alle polizze assicurative sottoscritte.

L'esercizio del recesso o della revoca dalla polizza collettiva n. 16.36.63 – 01/2023 (VITA) implica il recesso/la revoca anche dalla polizza collettiva n. 30000371 (DANNI) e viceversa, costituendo tali polizze un unico e inscindibile pacchetto assicurativo.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ✔ NO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dell'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione

Assicurazione a protezione del credito

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

(DIP aggiuntivo Multirischi)

Helvetia Italia Assicurazioni Compagnia di Assicurazioni sui Danni S.p.A., Italia

Compagnia ACM VIE S.A. prodotto n. 16.36.63 – 01/2023

CPI Prestiti Personali COFIDIS

Data: 2 novembre 2023 - il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.
L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. - Via G.B. Cassinis, 21; 20139; Milano (Italia); tel.+39 02 5351.1; sito internet: www.helvetiaitalia.it; e-mail: infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC: helvetiaitalia@pec.helvetia.it
P. IVA e Cod. Fisc. 07530080154 - Società del Gruppo Helvetia soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Società con Socio Unico - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00062 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sui Danni con Decreto Ministeriale n.16723 del 20/6/1986 - G.U. n.148 del 28/6/1986.

ACM VIE SA: società anonima, con sede legale in 4 rue Frédéric - Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasburgo – Francia, Tel. + 33 3 88 13 22 35, www.acm.fr, e-mail: acme5C@acm.fr, registrata in Francia e soggetta al controllo dell'Autoritè de Controle Prudential et de Resolution (ACPR). Autorizzata allo svolgimento in Italia di attività assicurative in regime di libera prestazione di servizi (n. iscr. presso l'IVASS n. 01074).
Il premio può essere investito in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di assicurazioni sulla vita, ma ammessi dalla normativa francese cui la compagnia è sottoposta.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari a 97,452 milioni di euro di cui 15,600 milioni di euro costituiscono la parte relativa al capitale sociale e 75,935 milioni di euro si riferiscono alle riserve patrimoniali.
La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) è disponibile sul sito internet della stessa ed è consultabile al seguente indirizzo: www.helvetia.it/solvencyII.
Di seguito si dà evidenza dei requisiti patrimoniali e dei fondi ammissibili alla loro copertura, calcolati secondo la Formula Standard, in vigore al 31.12.2022.

Informazioni relative al margine di solvibilità Solvency II Al 31.12.2022	
Solvency Capital Requirement (SCR)	53.969.653
Minimum Capital Requirement (MCR)	20.407.986
Fondi Propri ammissibili a copertura del SCR	102.156.446
Fondi Propri ammissibili a copertura del MCR	102.156.446
Solvency Capital Ratio*	189,28%

(*) Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri ammissibili della Compagnia e il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di ACM VIE SA è pari a 5.658,688 euro di cui 778,378 euro di Capitale Sociale (i.v.) e 4.880,317 euro di Riserve Patrimoniali. L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 262%. https://www.acm.fr/fr/document/SFCR-AVS-2021.pdf

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ramo Vita:

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

✓**Il Decesso (DC)** dell'Assicurato per qualsiasi causa dà diritto al Beneficiario a ricevere dall'Assicuratore ACM VIE SA una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del Decesso, salvo i casi di esclusione previsti nelle condizioni generali di assicurazione.

Rami Danni: Si segnala che Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. s'impegna nei confronti dell'Assicurato nei limiti delle somme assicurate concordate con la Compagnia stessa.

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

All'interno della sezione "Protezione del Debito Residuo" è ricompresa la seguente garanzia:

✓**INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE**
Se a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato consegue una Invalidità Permanente Totale (IPT) di almeno il 60% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche) e ammesso che tale Invalidità sia riconosciuta, con certificazione medica, dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima constatazione della malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'infortunio, la Compagnia corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'invalidità Permanente Totale.

SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"

In relazione alla Categoria Professionale: Lavoratore Autonomo, è attivabile la garanzia:

✓**INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA**

In relazione alla Categoria Professionale: Lavoratore Dipendente di azienda privata di diritto italiano, è attivabile la garanzia:

✓**ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE O PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO**
Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della notifica del licenziamento:
i. esercitare una professione di lavoro dipendente, presso Aziende o Enti Italiani di diritto privato, con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato;
ii. aver perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo;
iii. essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione;
iv. ricevere i sussidi di disoccupazione previsti dalla legge.

L'Assicurazione per la disoccupazione o perdita involontaria dell'impiego è valida solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

In relazione alle Categorie Professionali: Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e Non Lavoratori:
✓**ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**
In caso di Ricovero ospedaliero per Grande intervento chirurgico, la Compagnia corrisponde un indennizzo forfettario pari all'ammontare di 18 mensilità se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza o all'ammontare di 6 mensilità se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni di riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni di pagamento di un premio aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nei DIP.

Ci sono limiti di copertura?

Rami Vita:

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

! Il limite massimo del capitale assicurato iniziale per le garanzie a protezione del debito residuo è pari a **€ 50.000**

ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DECESSO

! Suicidio dell'Assicurato accaduto nei due anni successivi alla data di adesione alla copertura assicurativa;

Rami danni:

SEZIONE "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO"

! Il limite massimo del capitale assicurato iniziale per le garanzie a protezione del debito residuo è pari a **€ 50.000**
! Il limite massimo di importo della rata di finanziamento assicurata è di **3.000 euro mensili.**

! **ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA**
Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono dovute per le conseguenze di:

- malattie mentali o disturbi psichici;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- infarti e/o ernie;
- partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- malattie professionali così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124.

SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL FINANZIAMENTO"

! **ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**
Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono dovute per le conseguenze di:

- malattie mentali o disturbi psichici;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- infarti e/o ernie;
- partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- malattie professionali così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e la franchigia relativa alla presente copertura “Inabilità Temporanea Totale (ITT)”:

Indennizzo	Rata del finanziamento
Periodo di Franchigia Assoluta	30 giorni
Limite di Indennizzo	Sino a 18 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

! ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA PER LA DISOCCUPAZIONE O PERDITA INVOLONTARIA DELL’IMPIEGO

Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono dovute per:

- i licenziamenti notificati prima della data di adesione alla copertura assicurativa o durante il periodo di carenza;
- i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- i licenziamenti tra congiunti, ascendenti o discendenti; le dimissioni e le rotture negoziate del contratto di lavoro;
- le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza – dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;
- il raggiungimento dell’età di quiescenza o dell’età necessaria per l’erogazione della pensione di anzianità, ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
- ogni forma di cessazione del contratto di lavoro che possa dar luogo al pagamento dei sussidi di disoccupazione senza ricerca attiva di una nuova occupazione;
- le disoccupazioni parziali;
- le situazioni di disoccupazione che diano luogo all’indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria.

Si riportano nella seguente tabella i limiti di indennizzo e la franchigia relativa alla presente copertura “Perdita Involontaria dell’Impiego”:

Indennizzo	Rata del finanziamento
Periodo di Franchigia Assoluta	30 giorni
Limite di Indennizzo	Sino a 18 rate per Sinistro; Massimo 60 rate per tutta la durata del contratto

! ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DI RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Non sono previste esclusioni particolari relative a questa copertura, pertanto vedasi le esclusioni generali riportate nel DIP Danni.

Si riportano nella seguente tabella l’indennizzo e la franchigia relativa alla presente copertura “Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico”:

Indennizzo	18 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in regime di solvenza 6 volte la rata assicurata per ricovero da GIC in SSN o in regime di convenzionamento
Periodo di Franchigia Assoluta	5 giorni

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** Per i sinistri inerenti alla garanzia **Decesso**, la denuncia dovrà essere rivolta ad ACM VIE S.A. tramite Cofidis S.A., Succursale italiana all'indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO e presentando i seguenti documenti: • 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 L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere eventuali documenti complementari qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. Gli aventi diritto possono richiedere informazioni telefonando al numero +39 02 36 61 62 35. Per sinistri inerenti alle garanzie **Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al lavoro, Perdita Involontaria d'Impiego, Ricovero ospedaliero per Grande Intervento chirurgico**, la denuncia dovrà essere rivolta a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. In caso di sinistro l'Assicurato o altra persona in sua vece fare denuncia scritta al **Servizio Sinistri** della Compagnia tramite raccomandata A.R. oppure tramite e-mail o pec agli indirizzi di seguito riportati: ■ sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it ■ helvetiaitalia@pec.helvetia.it oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza su cui denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata. Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto, sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde (dall'Italia) **800.909.650** oppure il Numero **+39 025351 1** per chiamate dall'estero. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti nel modulo di denuncia. L'Assicurato o gli aventi diritto, devono consentire alla visita di medici di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Helvetia Italia Assicurazioni ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. **Helvetia Italia Assicurazioni si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento e a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni comunicatele**.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, relativamente alle garanzie Danni, si prescrivono in **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alla garanzia 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.
	Liquidazione della prestazione: **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. **ACM VIE S.A.** si impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, salvo casi particolari.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non vere o la mancata comunicazione di aggravamento di rischio possono comportare la cessazione della copertura assicurativa.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio, unico per l'intera durata della copertura assicurativa viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultimo alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione. Il premio viene pagato dall'Assicurato, pertanto, in forma frazionata cumulativamente a ciascuna rata del finanziamento secondo la frequenza prevista dal piano di ammortamento. I premi si intendono comprensivi di imposte.

Rimborso	▪ In caso di **estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo**, le Compagnie storneranno, tramite la Contraente, la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle eventuali imposte governative. ▪ Nel caso in cui l'Assicurato richieda **un'estinzione parziale anticipata del mutuo**, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo e le Compagnie rimborseranno all'Assicurato, tramite la Contraente, la porzione di premio non goduta relativa alle garanzie rispettivamente offerte, al netto delle imposte governative. ▪ **In caso di recesso entro 60 giorni** dalla data di perfezionamento del contratto assicurativo, ti sarà rimborsato il 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. In caso di recesso dal contratto di finanziamento entro 14 giorni dalla sua conclusione e del conseguente venir meno automaticamente della copertura assicurativa sottoscritta, ti sarà rimborsato 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.
Sconti	Esclusivamente per le garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni, è prevista l'applicazione di uno sconto per durata poliennale pari al 15% rispetto al premio lordo previsto per la stessa copertura di durata annuale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	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 ed un massimo di 120 mesi - **a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.** Se il contratto supera i cinque anni, per le sole garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni, l'Assicurato ha facoltà di recedere dal contratto trascorso il quinquennio. L'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale stabilita senza obbligo di preventiva disdetta. È previsto il seguente periodo di franchigia in caso di PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO: nel caso di perdita involontaria dell'impiego, l'assicurazione è operante se la data di invio della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità, o di comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 del termine del periodo di franchigia di 30 giorni. La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.
Sospensione	La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Revoca	Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (e cioè sino alla data di erogazione del finanziamento), hai facoltà di **revocare** l'adesione alla Polizza Collettiva mediante comunicazione scritta da inviarsi a Cofidis S.A., Succursale italiana - Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO. L'esercizio della revoca della Polizza n. 16.36.63 – 06/2016 nel corso della durata contrattuale implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Collettiva n. 30000371, costituendo tali Polizze un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.
Recesso	▪ L'Assicurato può recedere dal contratto entro **60 giorni** dal giorno in cui il contratto è stato perfezionato, a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata alle Compagnie presso Cofidis S.A., Succursale italiana al seguente indirizzo: G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, verrà rimborsato un importo pari al premio pagato al netto della eventuale imposta e della parte a copertura del rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Poiché il premio è finanziato, l'Aderente ha diritto alla riduzione della rata. ▪ Per le sole garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., se il contratto supera i cinque anni, l'Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. ▪ L'esercizio del diritto di recesso dalla Polizza Collettiva n. 163663 – 06/2016 nel corso della durata contrattuale implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Collettiva n. 30000371, costituendo tali Polizze un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.
Risoluzione	In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del finanziamento da parte dell'Assicurato, il contratto si risolve.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad un mercato di riferimento rappresentato da una tipologia di clientela - persona fisica intestataria di un contratto di finanziamento - che intende tutelare economicamente se stessa e la propria famiglia in caso di decesso, di invalidità permanente totale provocata da infortunio o malattia, di inabilità (garanzia sottoscrivibile da lavoratore autonomo), di perdita di impiego (garanzia sottoscrivibile da lavoratore dipendente privato) o di ricovero ospedaliero per Grande intervento chirurgico (lavoratore dipendente pubblico e non lavoratore). Il prodotto non è sottoscrivibile qualora l'Assicurato, al momento dell'ingresso in copertura, abbia un'età superiore ai 69 anni, fermo restando il vincolo che la data di scadenza contrattuale del finanziamento non ecceda la data del compimento dei 70 anni.

Quali costi devo sostenere?

Per i Rami Vita:

- Tabella dei costi gravanti sul premio

Durata del finanziamento in mesi	Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione contratto
1-84	70% del premio assicurativo netto imposte (di cui il 0,00 corrisposto come costo di emissione)
>84 e fino a 120	58% del premio assicurativo netto imposte (di cui il 0,00 corrisposto come costo di emissione)

− Tabella dei costi per riscatto

Il contratto non prevede riscatti, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

− Tabella sui costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede la possibilità di convertire il capitale in rendita, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

− Costi per l'esercizio delle opzioni

Il contratto non prevede la possibilità di esercitare opzioni, pertanto non sono previsti neanche i relativi costi.

Per tutti i Rami

− Costi di intermediazione

Si riportano di seguito i costi applicati al premio Vita ed al premio imponibile Danni, unitamente all'indicazione della quota parte percepita in media dalla Banca.

Ramo		Costo % del premio	Quota parte del costo percepita in media dall'Intermediario
Vita	Durata finanziam. 1-84 mesi	**70%**	**78,6%**
	Durata finanziam. >84 e fino a 120 mesi	**58%**	**74,1%**
Danni	Qualsiasi durata	**65%**	**76,9%**

− Costi dei PPI

Non sono previsti ulteriori costi rispetto a quelli inclusi nelle precedenti sezioni.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ✔ NO

Valori di riscatto e riduzione	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'assicurazione e non riconosce un valore di riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri – devono essere presentati per iscritto presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Cofidis S.A., Succursale italiana Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO - Italia - Tel. +39 (02) 36 61 62 35 PEC: ufficioreclamicofidis@legalmail.it. La risposta relativa al reclamo sarà inviata entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione (obbligatoria)	Mediazione: Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Negoziazione assistita: Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	• Arbitrato (facoltativo): qualora dovesse sorgere un dissenso tra l'Assicurato e le Compagnie circa la determinazione dell'ammontare del danno. In tal caso, ai sensi di polizza, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano di nominare un terzo perito, detto Arbitro, per addivenire ad una decisione. • Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della Procedura.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Rami Vita:** Al contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede in relazione alle coperture assicurative offerte da ACM VIE SA: • al ricorrere dei presupposti di legge, una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura pro tempore vigente dei premi versati su base annua. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti all'Assicurato; • la totale esenzione da imposte della prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari, in caso di Decesso. **Ramo danni:** I premi relativi alle seguenti prestazioni assicurative danni (Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia, Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Perdita Impiego, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico), al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

DIP_AGG_APPR011_Ed. 2023/08

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, LE IMPRESE HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

PER QUESTO CONTRATTO HELVETIA ITALIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

ACM VIE SA

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Helvetia

Polizza di assicurazione a protezione del credito

CPI Prestiti Personali COFIDIS

Condizioni di Assicurazione

Modello CGA_APPR011_1123

Edizione 11/2023

Sommario

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 1
PREMESSA 1
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE 1
ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 1
ART. 2 - PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA 1
ART. 3 - DECORRENZA E DURATA 1
ART. 4 - PREMIO E PAGAMENTO DEL PREMIO 2
ART. 5 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO 2
ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO 3
ART. 7 - ONERI FISCALI 3
ART. 8 - MODIFICHE DELLA POLIZZA 3
ART. 9 - RECLAMI - FORO COMPETENTE 3
ART. 10 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO 4
ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 4
ART. 11.1 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause) 4
ART. 12 - CESSIONE DEI DIRITTI 4
ART. 13 - COMUNICAZIONI TRA L'ASSICURATO E LE COMPAGNIE 5
ART. 14 - LIMITI TERRITORIALI 5
ART. 15 - LIMITI DI INDENNIZZO 5
ART. 16 - BENEFICIARI 5
ASSICURAZIONE IN CASO DI DECESSO 6
ART. 17 - OGGETTO DELLA GARANZIA IN CASO DI DECESSO 6
ART.18 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO 6
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI DECESSO 6
ART. 19 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – DENUNCIA DEL SINISTRO 6
ASSICURAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 7
NORME COMUNI 7
ART. 20 - OGGETTO DELLA GARANZIA 7
ART. 21 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ 7
ART. 22 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 7
ART. 23 - FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE 8
ART. 24 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE 8
NORME CHE REGOLANO DENUNCIA E GESTIONE DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO 8
ART. 25 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO INFORTUNIO – DENUNCIA DEL SINISTRO 8
ART. 26 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO 9
ART. 27 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO.. 9
NORME CHE REGOLANO DENUNCIA E GESTIONE DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA 9
ART. 28 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO MALATTIA – DENUNCIA DEL SINISTRO 9
ART. 29 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA 10
ART. 30 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALLA MALATTIA.. 10
ASSICURAZIONE IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA – PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO – RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 11
NORME COMUNI 11
ART. 31 - GARANZIE PRESTATE 11
ART. 32 - MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE 11
ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI 11
ART. 34 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE 12
ASSICURAZIONE IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 12
ART. 35 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 12
ART. 36 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 12
ART. 37 - LIMITI DI INDENNIZZO 12
ART. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 12

ART. 39 - SINISTRI SUCCESSIVI 13
ART. 40 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO 13
ASSICURAZIONE IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO 13
ART. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO 13
ART. 42 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO 13
ART. 43 - LIMITI DI INDENNIZZO 13
ART. 44 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO 13
ART. 45 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO 14
ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 14
ART. 46 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 14
ART. 47 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 14
ART. 48 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 14
ART. 49 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO 14
ALLEGATO A - Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124) 15
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 17
GLOSSARIO 18

CPI Prestiti Personali COFIDIS

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: 02/11/2023

Polizza collettiva n. 16.36.63-01/2023 e n. 30000371

PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il funzionamento del contratto ad adesione alle polizze collettive stipulate da Cofidis S.A., Succursale italiana (di seguito "il Contraente" o "Intermediario") con Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e ACM VIE SA (di seguito "la/le Compagnia/Compagnie"). Il suddetto contratto, denominato *CPI Prestiti Personali COFIDIS*, è abbinabile ai prestiti personali stipulati tra l'intestatario del contratto di finanziamento – che coincide con l'Aderente e Assicurato della polizza (di seguito "Assicurato") – ed il Contraente delle polizze collettive.

Il prodotto è sottoscrivibile con riferimento ai soli prestiti di nuova erogazione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il presente contratto di assicurazione, le Compagnie (ACM VIE SA e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.) 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:

a) **Decesso dell'Assicurato** per qualsiasi causa (in seguito definita **D**);
b) **Invalidità Permanente Totale** a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**);
c) **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**); **la garanzia è riservata alla categoria professionale dei Lavoratori autonomi;**
d) **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 a tempo indeterminato o determinato;**
e) **Ricovero ospedaliero per Grandi interventi chirurgici (in seguito definita GIC); la garanzia è riservata alla categoria professionale dei Non lavoratori e dei Lavoratori Dipendenti del Settore Pubblico.**

Si conviene che:
a) la garanzia in caso di decesso è sottoscritta e prestata da ACM VIE SA;
b) le garanzie Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria d'Impiego e Ricovero ospedaliero per Grandi interventi chirurgici, sono sottoscritte e prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Le garanzie sopra elencate, che costituiscono un unico pacchetto assicurativo, sono offerte congiuntamente. I clienti del Contraente aderiscono al pacchetto assicurativo mediante un unico atto di adesione.

ART. 2 - PERSONE ASSICURABILI 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 69 anni non compiuti ed abbia espletato le formalità di assunzione medica di seguito riportate;**
- **al termine del piano di rimborso del finanziamento, non abbia ancora compiuto 70 anni di età.**
- **abbia compilato e sottoscritto l'apposito Questionario Tecnico Assuntivo, la cui compilazione è contestuale all'emissione del Modulo di Adesione.**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla 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.

Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione alla copertura assicurativa, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ART. 3 - DECORRENZA E DURATA

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 ed un massimo di 120 mesi - **a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato**. In caso di rinegoziazione del piano di rimborso del finanziamento la copertura viene prestata con riferimento al piano di ammortamento originario.

La copertura assicurativa cessa in ogni caso:

- **al momento dell'estinzione del contratto di prestito o in caso di scioglimento del contratto di finanziamento;**
- **al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alle garanzie D, IPT;**
- **in caso di decesso dell'Assicurato per cause che non rientrino negli eventi assicurati dalla garanzia D;**
- **in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;**
- **in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del finanziamento qualora l'Assicurato non abbia espresso intenzionalmente la volontà di mantenere la copertura assicurativa.**

Il presente contratto è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

Per le sole garanzie danni, prestate da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile la copertura, di durata poliennale, è proposta in alternativa ad analoga copertura di durata annuale, a fronte di una riduzione di premio – nella misura indicata in polizza – rispetto a quello previsto per la stessa copertura di durata annuale.

ART. 4 - PREMIO E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio, unico per l'intera durata della copertura assicurativa, è calcolato applicando un tasso al capitale iniziale del finanziamento. Il premio così determinato viene finanziato dal Contraente ed è versato da quest'ultimo alle Compagnie in via anticipata e in un'unica soluzione.

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, in caso di mancato pagamento del premio, la copertura assicurativa resta sospesa sino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.

ART. 5 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di **estinzione anticipata totale o di trasferimento del finanziamento** da parte dell'Assicurato, la copertura assicurativa cessa e, per il tramite del Contraente, l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle eventuali imposte governative.

- **ACM VIE SA** calcola la porzione di premio da restituire in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura, secondo il seguente algoritmo:
  RT = P x T/N
  Dove: R = rimborso totale; P = Premio Imponibile (comprensivo di costi e provvigioni); N = durata contrattuale; T = numero di giorni intercorrenti tra la data di estinzione totale del finanziamento e la data di scadenza contrattuale
- **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** calcola la porzione di premio da restituire in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura, secondo il seguente algoritmo:

  RT = P x T/N

  Dove: RT = rimborso totale; P = Premio Imponibile (comprensivo di costi e provvigioni); N = durata contrattuale; T = numero di giorni intercorrenti tra la data di estinzione totale del finanziamento e la data di scadenza contrattuale

L'Assicurato, in alternativa, può chiedere che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento mediante apposita comunicazione da consegnare al Contraente contestualmente all'estinzione o al trasferimento del finanziamento.

In caso di estinzione totale della polizza nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

Esemplificazione relativa al calcolo del premio da rimborsare a seguito di estinzione Totale del Prestito	
Durata Polizza	120 mesi (10 anni)
Capitale richiesto	20.000,00 euro
Premio Unico Garanzia Decesso (finanziato)	476,40 euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia Invalidità Totale Permanente - IPT (finanziato)	428,30 euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia Inabilità Temporanea Totale - ITT (finanziato)	
Capitale assicurato iniziale (comprensivo del Premio Unico Lordo complessivo)	20.894,30 euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	192,30 euro
Epoca dell'estinzione anticipata	36 mesi dalla decorrenza
Durata residua della polizza in mesi	84 mesi (7 anni)
Debito Residuo del prestito ante estinzione anticipata*	15.058,30 euro
Rateo di premio da restituire Garanzia Decesso (ACM Vie SA)	333,50 euro
Rateo di premio (netto) da restituire Garanzia IPT (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)	299,80 euro
Rateo di premio (netto) da restituire Garanzia ITT (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)	

* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso annuo di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

***

Nel caso in cui l'Assicurato richieda invece **un'estinzione parziale** anticipata del finanziamento, le prestazioni assicurate relative al contratto si ridurranno proporzionalmente della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

In tal caso **ACM VIE SA** e **Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.** rimborsano all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di premio pagata e non goduta riferita al periodo che intercorre tra la data di estinzione parziale del finanziamento e la scadenza contrattuale, riproporzionato sulla base del rapporto tra importo rimborsato dall'Assicurato stesso e debito residuo in essere alla data di estinzione parziale, secondo la seguente formula:

$RP = P \times T/N \times E/C_t$

Dove: RP = rimborso parziale; P = Premio Imponibile (comprensivo di costi e provvigioni); N = durata contrattuale; T = numero di giorni intercorrenti tra la data di estinzione parziale del finanziamento e la data di scadenza contrattuale; E = importo versato dall'Assicurato a titolo di estinzione parziale del debito residuo; C_t = debito residuo calcolato alla data di estinzione parziale (al lordo dell'importo estinto)

In caso di estinzione parziale della polizza nella determinazione del premio da rimborsare si terrà conto di eventuali precedenti operazioni di estinzione parziale.

Esemplificazione relativa al calcolo del premio da rimborsare a seguito di estinzione Parziale del Prestito	
Durata Polizza	120 mesi (10 anni)
Capitale richiesto	20.000,00 euro
Premio Unico Garanzia Decesso (finanziato)	476,40 euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzia Invalidità Totale Permanente - IPT (finanziato)	428,30 euro
Premio Unico Netto Imposte Garanzie Inabilità Temporanea Totale - ITT (finanziato)	
Capitale Assicurato Iniziale (comprensivo del Premio Unico Lordo complessivo)	20.894,30 euro
Rata Mensile Assicurata (indicativa)	192,30 euro
Epoca dell'estinzione anticipata	36 mesi dalla decorrenza
Durata residua della polizza in mesi	84 mesi (7 anni)
Debito Residuo del prestito ante estinzione anticipata*	15.058,30 euro
Importo del prestito estinto anticipatamente	5.000,00 euro
Rateo di premio da restituire Garanzia Decesso (ACM Vie SA)	110,90 euro
Rateo di premio (netto) da restituire Garanzia IPT (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)	99,70 euro
Rateo di premio (netto) da restituire Garanzia ITT (Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.)	

* Si precisa che il debito residuo è stato calcolato applicando un tasso annuo di interesse ipotetico prudenziale pari al 2,00%.

L'Assicurato, in alternativa, può richiedere che la copertura assicurativa rimanga in vigore alle medesime condizioni sottoscritte originariamente, senza rimborso del rateo di premio e senza riproporzionamento delle prestazioni assicurate, fino alla scadenza originaria del finanziamento mediante apposita comunicazione da consegnare al Contraente contestualmente all'estinzione parziale del finanziamento stesso.

Con riferimento ai casi di rinegoziazione l'Assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento stesso e le prestazioni assicurate continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

Nei casi nei quali l'Assicurato chieda che l'estinzione parziale abbia effetto esclusivamente con riferimento alla durata del finanziamento e non all'ammontare del debito residuo, non è invece dovuto il rimborso della parte di premio pagato e non goduto, in quanto le coperture assicurative saranno comunque prestate fino alla scadenza originaria del finanziamento stesso.

ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa, **a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata alle Compagnie presso Cofidis S.A., Succursale italiana 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 le Compagnie da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24:00 del giorno di ricevimento della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie rimborseranno 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, calcolato secondo quanto indicato nell'articolo che precede.

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 dell'importo calcolato secondo quanto indicato nell'articolo che precede.

Per le sole garanzie danni, prestate da Helvetia Italia Assicurazioni, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente/Assicurato trascorso il quinquennio può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

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 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

Non è possibile apportare modifiche alla presente Polizza.

ART. 9 - RECLAMI - FORO COMPETENTE

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 alle Compagnie tramite **Cofidis S.A., Succursale italiana all'indirizzo seguente: Via G. Antonio Amadeo, 59 - 20134 MILANO - Italia - Tel. +39 (02) 36 61 62 35 o inviando una PEC a ufficioreclamicofidis@legalmail.it.**

L'Ufficio Reclami del Contraente 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 FIN-NET (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 dell'Assicurato 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.

Si informa infine l'Assicurato che, come previsto dal D.Lgs. n. 206/2005, in relazione alle controversie transfrontaliere, lo stesso 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.

ART. 10 - 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. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11.1 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Helvetia Italia non è tenuta a prestare l'assicurazione nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la Compagnia stessa al manifestarsi o al rischio di:

- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
- erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America

ART. 12 - 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. 13 - COMUNICAZIONI TRA L'ASSICURATO E LE COMPAGNIE

Le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte, tramite COFIDIS, per iscritto al seguente indirizzo: Via G. Antonio Amadeo, 58 - 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. 14 - LIMITI TERRITORIALI

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma **l'IPT 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 GIC è valida nel territorio dell'Unione Europea e della Confederazione Elvetica; la PII è valida solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.**

ART. 15 - LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione massima erogabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di finanziamento e/o delle coperture assicurative di cui è titolare, non potrà essere superiore a:

- **€ 50.000,00 (cinquantamila) in caso di Decesso o Invalidità Permanente Totale;**
- **€ 3.000,00 (tremila) per rata in caso di Inabilità Temporanea Totale, di Perdita Involontaria dell'Impiego o di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico.**

Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile.

ART. 16 - BENEFICIARI

L'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.

PARTE NON SCRITTA

ASSICURAZIONE IN CASO DI DECESSO

ART. 17 - OGGETTO DELLA GARANZIA IN CASO DI DECESSO

In caso di **Decesso** (**D**) 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** "Esclusioni per il caso di decesso".

ART.18 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO

Sono escluse le conseguenze:

- **di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione alla copertura assicurativa;**
- **dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **di stati di alcolismo acuto o cronico;**
- **di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;**
- **di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **di guerra o insurrezione;**
- **di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);**
- **di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **di tutti i rischi nucleari;**

È inoltre escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione alla copertura assicurativa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI DECESSO

ART. 19 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro inerente la garanzia DECESSO, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta ad ACM VIE SA.

I sinistri devono essere denunciati in tempo utile alla Compagnia tramite COFIDIS al seguente indirizzo: Via G. Antonio **Amadeo, 58 – 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 alla Compagnia tutti i documenti richiesti che sono necessari e sufficienti a verificare il diritto alla prestazione e che sono:

- **estratto d'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.**

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

PARTE NON SCRITTA

ASSICURAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

NORME COMUNI

ART. 20 - OGGETTO DELLA GARANZIA

In caso di **Invalidità Permanente Totale**, a seguito di infortunio o malattia (**IPT**) dell'Assicurato, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 22.**

L'indennizzo per il caso di IPT viene calcolato secondo i criteri e le percentuali della Tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche).

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella tabella di cui sopra, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dello Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

L'indennizzo per il caso di IPT è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza del Contratto di Assicurazione - entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.

ART. 21 - CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

21.1 Invalidità permanente da infortunio

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente, il grado di quest'ultima verrà valutato facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Allegato A relativo alle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra specificate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

21.2 Invalidità permanente da malattia

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla precedente condizione menomativa.

Si intendono per:

Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinino alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da esse causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

ART. 22 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono escluse le conseguenze:

- **di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione alla copertura assicurativa;**
- **dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **di stati di alcolismo acuto o cronico;**
- **di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;**
- **di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **di guerra o insurrezione;**
- **di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);**
- **di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **di tutti i rischi nucleari;**
- **malattie mentali o disturbi psichici;**
- **ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;**

- **guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;**
- **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
- **uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;**
- **infarti e/o ernie;**
- **partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;**
- **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124.**

ART. 23 - FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente, accertata secondo quanto indicato agli artt. 20 "Oggetto dell'assicurazione" e 21 "Criteri generali di indennizzabilità", sia di grado inferiore al 60%.

ART. 24 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. **Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti** anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

NORME CHE REGOLANO DENUNCIA E GESTIONE DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. 25 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO INFORTUNIO – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro inerente la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO, l'Assicurato deve far denuncia scritta alla Compagnia con lettera raccomandata A/R all'indirizzo:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano
Servizio Sinistri
oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:

Numero Verde
800.909.650

oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero **e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati unitamente alla documentazione qui di seguito indicata**.
In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

a. **fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro**;
b. **corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento**;
c. **documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata**;
d. **sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da Helvetia Italia Assicurazioni, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
e. **fornire, in ogni caso, a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'Assicurato deve consentire la visita di medici incaricati da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

ART. 26 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 21.1 – "Criteri di indennizzabilità" delle presenti Norme e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Compagnia s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 27 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALL'INFORTUNIO

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto

oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita con le modalità e nei termini stabiliti dall'art. 25; in ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnato il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Compagnia:

- **certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;**
- **atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;**
- **nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, la quietanza emessa dalla Compagnia munita di autorizzazione del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;**
- **eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.**

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

NORME CHE REGOLANO DENUNCIA E GESTIONE DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 28 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO MALATTIA – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro inerente la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA, l'Assicurato deve fare denuncia scritta alla Compagnia con lettera raccomandata A/R all'indirizzo:

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano

Servizio Sinistri

oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:

Numero Verde
800.909.650

oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero **e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati unitamente alla documentazione qui di seguito indicata**.

L'Assicurato o altra persona in sua vece deve:

- **denunciare la malattia entro 3 (tre) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata**;

- **inviare a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. la certificazione medica sulla natura della malattia**;
- **inviare periodicamente a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri** e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- **sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da Helvetia Italia Assicurazioni e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
- **fornire, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico**;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 29 "Obblighi della Compagnia sulle modalità di accertamento e di indennizzo".

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

ART. 29 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA SULLE MODALITÀ DI ACCERTAMENTO E DI INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Il grado di invalidità permanente è valutato con le modalità previste all'art. 21.2 "Criteri di indennizzabilità" **nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia**. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

Trascorsi i 6 (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18 (diciottesimo) mese, la Compagnia si impegna a comunicare allo Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei 6 (sei) mesi, la Compagnia non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.

Decorsi i 18 (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Compagnia effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 (diciotto) mesi.

ART. 30 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE IN CASO DI MORTE PER CAUSE INDIPENDENTI DALLA MALATTIA

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e dopo che la Compagnia abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Compagnia liquida agli eredi o aventi causa, **previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato**, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 28 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro".

Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- **la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero**;
- **l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità** (es. decesso dell'Assicurato a seguito di sinistro stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Compagnia:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

ASSICURAZIONE IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA – PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO – RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

NORME COMUNI

ART. 31 - GARANZIE PRESTATE

Le garanzie della presente Sezione consistono nel pagamento dell'indennità prevista dalla garanzia attivabile in funzione della Categoria Professionale dell'Assicurato, a condizione che siano decorsi i periodi di franchigia stabiliti e fermi restando i limiti massimi di indennizzo indicati alle singole garanzie.

Le Categorie Professionali e le relative garanzie attivabili sono:

	GARANZIE (*)		
Categoria Professionale:	**ITT**	**PII**	**GIC**
Lavoratore Autonomo	X	Non valida	Non valida
Lavoratore Dipendente Privato	Non valida	X	Non valida
Lavoratore Dipendente Pubblico	Non valida	Non valida	X
Non Lavoratore	Non valida	Non valida	X

(*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego;
- GIC: Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

ART. 32 - MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE

Con riferimento alle garanzie, PII, ITT e GIC, se nel corso dell'assicurazione si verificasse la modifica della categoria professionale, l'Assicurato deve darne tempestiva comunicazione a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Qualora la nuova categoria professionale comporti una diversa garanzia, così come indicato all'art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione", Helvetia Italia Assicurazioni adeguerà 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 e Helvetia Italia Assicurazioni rimborserà la parte di premio non usufruita con le modalità previste all'art. 6 'Diritto di recesso'.
La mancata comunicazione di modifica della categoria professionale comporta l'impossibilità di adeguamento del contratto e la conseguente inefficacia della copertura assicurativa.

ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Compagnia all'indirizzo qui di seguito riportato, con lettera raccomandata A/R, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di accadimento del sinistro.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Via G. B. Cassinis, 21, - 20139 Milano

Servizio Sinistri

oppure agli indirizzi e-mail o pec di seguito riportati:

- sinistri.convenzionibanche@helvetiaitalia.it
- helvetiaitalia@pec.helvetia.it

oppure accedendo a MyHelvetia, selezionando in sequenza la polizza sulla quale denunciare il sinistro e utilizzando quindi l'apposita funzione dedicata.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile sul sito internet della Compagnia www.helvetiaitalia.it oppure chiamando il Numero verde:

Numero Verde
800.909.650

oppure il numero **+39 02 5351 1** per chiamate dall'estero e inviare lo stesso ad uno degli indirizzi sopra riportati.

La denuncia deve essere presentata unitamente alla documentazione di cui all'Art. 40 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 45 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 49 per il caso di Grande Intervento Chirurgico.

Una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo relativo alle rate comprese nella denuncia iniziale, se il sinistro dovesse protrarsi, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso le filiali della Banca distributrice il prodotto, a mezzo raccomandata A/R entro 60 giorni dalla scadenza della rata di finanziamento successiva a quelle già liquidate e così successivamente fino al termine del sinistro.
Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato od ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla assicurazione.

L'Assicurato deve consentire a Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

ART. 34 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

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

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ASSICURAZIONE IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 35 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponderà l'Indennizzo di cui all'art. 36 a condizione che:

a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 3;
b) **il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 38;**
c) **l'Assicurato e/o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 33;**
d) **l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore a 30 giorni consecutivi e sia certificata da un medico.**

ART. 36 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in polizza, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di inabilità lavorativa comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.
Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.
Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel periodo di franchigia assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di completa interruzione del lavoro.
Si precisa che non sono indennizzabili le rate insolute dovute prima dell'accadimento del sinistro.

ART. 37 - LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 18 mensilità consecutive (o 60 mensilità complessive per più periodi di ITT distinti).

ART. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

- **di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione alla copertura assicurativa;**
- **dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **di stati di alcolismo acuto o cronico;**
- **di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;**
- **di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **di guerra o insurrezione;**
- **di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);**
- **di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **malattie mentali o disturbi psichici;**
- **ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;**
- **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
- **uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;**
- **infarti e/o ernie;**
- **partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;**
- **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124;**
- **di tutti i rischi nucleari.**

ART. 39 - SINISTRI SUCCESSIVI

Se, dopo meno di 30 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto la franchigia non viene applicata nuovamente ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

ART. 40 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente art. 33 la seguente documentazione:

a) **copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;**
b) **attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo;**
c) **certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;**
d) **i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).**

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.
Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 11 del Regolamento IVASS n. 8/2015, sarà cura della Compagnia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità.**

ASSICURAZIONE IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

ART. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

La garanzia si attiva, fatte salve le esclusioni all'Art. 44, qualora la perdita di impiego sia conseguenza di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Legge n. 604/1966 art. 3).

ART. 42 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

L'Indennizzo per il caso di Perdita involontaria dell'impiego consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in polizza, per ciascuna rata del finanziamento che venga a scadere nel periodo di disoccupazione comprovato e decorso il periodo di franchigia sotto indicato.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel periodo di franchigia assoluta di 30 giorni che decorre dal primo giorno di interruzione del lavoro.

La prestazione viene corrisposta a condizione che la PII abbia una durata superiore a 30 giorni consecutivi (franchigia assoluta). Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della notifica del licenziamento: esercitare una professione di lavoro dipendente, presso Aziende o Enti Italiani di diritto privato, con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato; aver perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo; essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione; ricevere i sussidi di disoccupazione previsti dalla legge.

ART. 43 - LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 18 mensilità consecutive (o 60 mensilità per più interruzioni di lavoro differenti); oppure intervenga un pensionamento o prepensionamento oppure si raggiunga l'età di quiescenza.

ART. 44 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DELL'IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto da Helvetia Italia Assicurazioni per il caso di Perdita involontaria dell'impiego se:

a) **al momento della sottoscrizione del Modulo di polizza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o messa in mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
b) **la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;**
c) **la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;**
d) **l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;**
e) **la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";**
f) **al momento del sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;**
g) **se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;**
h) **l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);**
i) **l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;**
j) **la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;**
k) **al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato era in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.**

ART. 45 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente art. 33 la seguente documentazione:

a) copia di un documento di identità;
b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
e) attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione o di mobilità.

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

ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

ART. 46 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero ospedaliero, di durata non inferiore a 5 giorni **(franchigia relativa di 5 giorni)** presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" compresi nell'elenco allegato, Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo forfettario indicato all'art. 47 a condizione che:

a) il ricovero ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 3;
b) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 48;
c) l'Assicurato od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente art. 33.

ART. 47 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'Indennizzo forfettario assicurato sarà pari a:

- 18 volte l'indennità mensile indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza;
- 6 volte l'indennità mensile indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

ART. 48 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Sono esclusi i casi di Ricovero ospedaliero in caso di Grande intervento chirurgico determinati da:

- **una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di adesione alla copertura assicurativa;**
- **uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **stati di alcolismo acuto o cronico;**
- **un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **guerra o insurrezione;**
- **qualsiasi incidente aereo (eccetto il caso in cui l'Assicurato si trovi come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);**
- **rischi nucleari;**

ART. 49 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente art. 33 la seguente documentazione:

a) copia di un documento di identità;
b) autocertificazione della propria Categoria Professionale;
c) certificato di ricovero in ospedale/casa di cura e copia della cartella clinica;

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

PARTE NON SCRITTA

ALLEGATO A - Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124)

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11 30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	 85 80		 75 70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 30 35 45 25		 25 30 40 20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 40 45 55 35		 25 40 50 30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione	18 22 25 35		15 18 22 30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito del piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del 100%.

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel 3%.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfoadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

GLOSSARIO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **02/11/2023**.

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.

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.

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.

Compagnie assicurative: Società autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa con le quali il Contraente stipula i contratti collettivi di assicurazione. Le Compagnie sono:

- ACM VIE SA, con sede legale in 4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasburgo – Francia
- HELVETIA ITALIA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano

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.

Franchigia relativa: periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro a partire dalla data dell'evento.

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.).

Grandi Interventi Chirurgici: Interventi chirurgici e patologie elencati nella tabella allegata.

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.

Invalidità permanente totale: definitiva e totale incapacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie abituali occupazioni.

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 comporti denuncia di almeno uno 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 dipendente a tempo determinato o 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 di Ente 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.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

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 unico: importo da corrispondere in soluzione unica all'Assicuratore al momento della conclusione del contratto di assicurazione.

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.

Questionario medico: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso (o diritto di ripensamento): diritto dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

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.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Set Informativo : L'insieme della documentazione informativa da consegnare al Contraente ed all'Assicurato, composto da : DIP Documento Informativo Precontrattuale per il ramo Danni ; DIP Documento Informativo Precontrattuale per il ramo Vita ; DIP Aggiuntivo Multirischi ; Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario e Modulo di adesione alla copertura assicurativa.

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

Superpremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Assicuratore nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (superpremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (superpremio professionale o sportivo).

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.

ACM ASSICURAZIONE

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA "CPI PRESTITI PERSONALI COFIDIS"

Polizza collettiva n. 16.36.63-01/2023 stipulata da Cofidis **S.A., Succursale italiana** con ACM VIE S.A. per l'assicurazione dei rischi vita caso Morte e Polizza collettiva n. 30000371 stipulata da Cofidis S.**A., Succursale italiana** con Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. per l'assicurazione dei rischi Invalidità permanente totale, Perdita involontaria d'impiego, Inabilità temporanea totale al lavoro e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Numero di Contratto: _____ Capitale Iniziale: _____

Durata Finanziamento (mesi): _____ Importo della Rata di Rimborso: _____

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Nome: Cognome:

Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M ☐ F ☐

Codice Fiscale: Recapito Telefonico:

Indirizzo: CAP: Comune: Prov:

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Sezione	Garanzia	Somma Assicurata (euro)	Premio Lordo (euro)	di cui Imposte (euro)
Protezione del debito residuo del finanziamento	Morte per tutte le cause	*Capitale Assicurato*		
	Invalidità permanente totale da infortunio o malattia	*Capitale Assicurato*		
Protezione della rata del finanziamento	**GARANZIA OPERANTE IN FUNZIONE DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE DELL'ASSICURATO:**			
	Inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia	*Rata mensile assicurata*		
	Perdita Involontaria dell'impiego/Disoccupazione	*Rata mensile assicurata*		
	Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	*Rata mensile assicurata*		

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Importo premio unico: così ripartito fra:

a) premo Vita: di cui costi a carico dell'Assicurato: di cui importo retrocesso all'intermediario:

b) premio lordo Danni: di cui costi a carico dell'Assicurato: di cui importo retrocesso all'intermediario:

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO:

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale, aderisce alla copertura assicurativa offerta da ACM VIE S.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
A tal fine dichiara:

- di essere stato preventivamente informato dal 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 S.A. e da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
- di aver ricevuto prima dell'adesione copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018;
- *di aver ricevuto il Set informativo costituito da "DIP Documento Informativo Precontrattuale" (DIP_APPR011-Ed**2023/01**) per il Ramo Danni, "DIP Documento Informativo Precontrattuale" (**DIP_APPR011V-Ed. 2023/01**) per il Ramo Vita, "DIP aggiuntivo multirischio" (DIPagg_APPR011-Ed**2023/11**) e "Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario" (CGA_APPR011-Ed**2023/11**) e "Modulo di adesione fac-simile" (ADE_APPR011-Ed**2023/11**);*
- di aver autorizzato Cofidis Cofidis S.A., Succursale italiana a trattenere dall'importo finanziato l'ammontare del premio al fine di corrisponderlo direttamente a ACM VIE S.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
- di aver ricevuto l'informativa. in materia di Privacy di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e di ACM VIE S.A. prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di impegnarsi a fornirne copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati dei quali lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

AVVERTENZE:

a) 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;

b) 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.

FAC-SIMILE

ACM ASSICURAZIONE

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

QUESTIONARIO SANITARIO:

È richiesta, contestualmente alla sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, la compilazione, da parte dell'Assicurato, del Questionario sanitario.
L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza si d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.
Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa a seguito della valutazione positiva del Questionario sanitario.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

CONDIZIONI VALIDE SOLO IN CASO DI POLIZZA DI DURATA POLIENNALE:

Con riferimento agli articoli o sezioni riferibili alla durata della copertura "Danni" prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, l'Assicurato prende atto di quanto di seguito indicato:

- l'applicazione di uno sconto per durata poliennale pari al 15% rispetto al premio lordo previsto per la stessa copertura di durata annuale (esclusivamente per le garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni);
- la possibilità, a fronte dello sconto sopraindicato, di esercitare la facoltà di recedere annualmente dalle garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni a partire dal quinto anno. Se il contratto supera i cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, può esercitare tale facoltà, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

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. 11.1 - Misure Restrittive; art. 18 - Esclusioni per il caso di decesso; art. 19 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia di sinistro; art. 22 - Esclusioni per il caso di Invalidità permanente da infortunio o malattia; art. 25 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro Infortunio - Denuncia di sinistro; art. 27 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio; art. 28 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro Malattia – Denuncia del sinistro; art. 30 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia; art. 33 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi (Protezione della rata del finanziamento).

➡ 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 e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali (ed in particolare "i dati relativi alla salute"), esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 2 dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato al punto 3 della stessa informativa.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

FAC-SIMILE

Luogo: _____ Data: _____

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante legale
Roberto Lecciso

ACM VIE SA
Il Direttore Generale
Pierre Reichert

ACM ASSICURAZIONE

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA "CPI PRESTITI PERSONALI COFIDIS"

Polizza collettiva n. 16.36.63-01/2023 stipulata da Cofidis **S.A., Succursale italiana** con ACM VIE S.A. per l'assicurazione dei rischi vita caso Morte e Polizza collettiva n. 30000371 stipulata da Cofidis S.**A., Succursale italiana** con Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. per l'assicurazione dei rischi Invalidità permanente totale, Perdita involontaria d'impiego, Inabilità temporanea totale al lavoro e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Numero di Contratto: _____ Capitale Iniziale: _____

Durata Finanziamento (mesi): _____ Importo della Rata di Rimborso: _____

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Nome: Cognome:

Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M ☐ F ☐

Codice Fiscale: Recapito Telefonico:

Indirizzo: CAP: Comune: Prov:

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Sezione	Garanzia	Somma Assicurata (euro)	Premio Lordo (euro)	di cui Imposte (euro)
Protezione del debito residuo del finanziamento	Morte per tutte le cause	*Capitale Assicurato*		
	Invalidità permanente totale da infortunio o malattia	*Capitale Assicurato*		
Protezione della rata del finanziamento	**GARANZIA OPERANTE IN FUNZIONE DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE DELL'ASSICURATO:**			
	Inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia	*Rata mensile assicurata*		
	Perdita Involontaria dell'impiego/Disoccupazione	*Rata mensile assicurata*		
	Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	*Rata mensile assicurata*		

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Importo premio unico: così ripartito fra:

a) premo Vita: di cui costi a carico dell'Assicurato: di cui importo retrocesso all'intermediario:

b) premio lordo Danni: di cui costi a carico dell'Assicurato: di cui importo retrocesso all'intermediario:

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO:

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale, aderisce alla copertura assicurativa offerta da ACM VIE S.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
A tal fine dichiara:

- di essere stato preventivamente informato dal 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 S.A. e da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
- di aver ricevuto prima dell'adesione copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018;
- *di aver ricevuto il Set informativo costituito da "DIP Documento Informativo Precontrattuale" (DIP_APPR011-Ed**2023/01**) per il Ramo Danni, "DIP Documento Informativo Precontrattuale" (**DIP_APPR011V-Ed. 2023/01**) per il Ramo Vita, "DIP aggiuntivo multirischio" (DIPagg_APPR011-Ed**2023/11**) e "Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario" (CGA_APPR011-Ed**2023/11**) e "Modulo di adesione fac-simile" (ADE_APPR011-Ed**2023/11**);*
- di aver autorizzato Cofidis Cofidis S.A., Succursale italiana a trattenere dall'importo finanziato l'ammontare del premio al fine di corrisponderlo direttamente a ACM VIE S.A. e Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
- di aver ricevuto l'informativa. in materia di Privacy di Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. e di ACM VIE S.A. prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di impegnarsi a fornirne copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati dei quali lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

AVVERTENZE:

a) 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;

b) 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.

FAC-SIMILE

ACM ASSICURAZIONE

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

QUESTIONARIO SANITARIO:

È richiesta, contestualmente alla sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, la compilazione, da parte dell'Assicurato, del Questionario sanitario.
L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza si d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.
Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa a seguito della valutazione positiva del Questionario sanitario.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

CONDIZIONI VALIDE SOLO IN CASO DI POLIZZA DI DURATA POLIENNALE:

Con riferimento agli articoli o sezioni riferibili alla durata della copertura "Danni" prestata da Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, l'Assicurato prende atto di quanto di seguito indicato:

- l'applicazione di uno sconto per durata poliennale pari al 15% rispetto al premio lordo previsto per la stessa copertura di durata annuale (esclusivamente per le garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni);
- la possibilità, a fronte dello sconto sopraindicato, di esercitare la facoltà di recedere annualmente dalle garanzie prestate da Helvetia Italia Assicurazioni a partire dal quinto anno. Se il contratto supera i cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, può esercitare tale facoltà, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

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. 11.1 - Misure Restrittive; art. 18 - Esclusioni per il caso di decesso; art. 19 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia di sinistro; art. 22 - Esclusioni per il caso di Invalidità permanente da infortunio o malattia; art. 25 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro Infortunio - Denuncia di sinistro; art. 27 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio; art. 28 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro Malattia – Denuncia del sinistro; art. 30 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia; art. 33 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi (Protezione della rata del finanziamento).

➡ 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 e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali (ed in particolare "i dati relativi alla salute"), esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 2 dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato al punto 3 della stessa informativa.

➡ Firma dell'Assicurato *(leggibile)* _____

FAC-SIMILE

Luogo: _____ Data: _____

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante legale
Roberto Lecciso

ACM VIE SA
Il Direttore Generale
Pierre Reichert