

4LIFE

Per Non Lavoratori

(Polizza Collettiva AXA France VIE S.A. n. 1-2021-00003) (mod. W03/06/09)

Adesione facoltativa riservata ai clienti Non Lavoratori di FCE Bank PLC

Per facoltativa si intende che la sottoscrizione della presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta da FCE Bank PLC per ottenere il finanziamento o per ottenerlo a condizioni diverse

Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE del prodotto assicurativo composto da:

- **DIP VITA**
- **DIP DANNI**
- **DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprehensive di Glossario)**

Ed inoltre:

- **Nota informativa Privacy**



AXA FRANCE VIE S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N. Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

DIP VITA

Assicurazione PPI vita

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

Impresa: AXA France VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

Prodotto: 4LIFE – per Non Lavoratori

Versione 01/01/2021




Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

4LIFE (per Non Lavoratori) è una Polizza Collettiva stipulata dalla banca FCE Bank PLC (**contraente**) per conto dei propri clienti, persone fisiche, richiedenti un contratto di finanziamento per l'acquisto di un autoveicolo, che in qualità di **aderenti** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'**assicurato** (il soggetto "richiedente", oppure "co-obbligato/amministratore", oppure "fidejussore" del finanziamento), contro l'accadimento di eventi impreveduti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso alla banca delle rate del finanziamento. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede l'offerta congiunta di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di altre garanzie di ramo danni (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni).

	Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?		Che cosa NON è assicurato?
	<p>✓ Decesso - Indennizzo pari al Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro.</p>		<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ chi non è residente in Italia;✗ chi non sia il soggetto "richiedente", oppure "co-obbligato/amministratore", oppure "fidejussore" di un Finanziamento di importo erogato non superiore ad €65.000,00 e avente una durata compresa tra un minimo di 12 e un massimo di 60 mesi;✗ chi non sia Non Lavoratore;✗ chi non ha i seguenti requisiti di età: età compresa tra i 18 ed i 79 anni non compiuti, massimo 80 anni alla scadenza del Finanziamento.
			<h3>Ci sono limiti di copertura?</h3> <p>Principali esclusioni garanzia Decesso</p> <ul style="list-style-type: none">! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;! abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;! interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress); malattie tropicali.



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi il modulo di adesione, devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **Nel corso della durata del contratto:** in caso di variazione dello status lavorativo puoi decidere di: (i) comunicare la circostanza all'Impresa richiedendo la cessazione di tutte le garanzie (con diritto alla restituzione del premio non goduto), oppure in alternativa (ii) non comunicare la circostanza all'Impresa. In tal caso tutte le garanzie rimarranno comunque operanti.
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un premio unico ed anticipato per l'intera durata dell'assicurazione. L'importo del premio unico anticipato ti viene sempre finanziato dal contraente con il contratto di finanziamento. Il Premio viene restituito dall'Aderente al Contraente ratealmente, unitamente alle Rate del Finanziamento, secondo il piano di ammortamento previsto dal Finanziamento stesso. L'importo del Premio è calcolato in funzione dell'ammontare del capitale finanziato, della durata e della tipologia di Finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Tutte le coperture decorrono dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalle ore 24:00 della data di erogazione del Finanziamento. Per ciascun Assicurato l'assicurazione ha durata pari alla durata del Finanziamento.



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

- Prima del perfezionamento del contratto, ha diritto di revocare in ogni momento la tua adesione alla polizza collettiva.
- Puoi recedere dal contratto: a) entro il termine di 30 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione (in tal caso verrà rimborsato l'intero importo di Premio eventualmente già versato, senza oneri, e l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore); b) successivamente, è possibile recedere dal contratto di assicurazione in ogni momento nel corso di durata dello stesso (in tal caso sarà rimborsata la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria).



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- Il contratto NON prevede il diritto di riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi
- Il contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

DIP DANNI

Assicurazione PPI danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AXA France VIE S.A. (*Rappresentanza Generale per l'Italia*)

Autorizzata in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Prodotto: 4LIFE – per Non Lavoratori



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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

4LIFE (per Non Lavoratori) è una Polizza Collettiva stipulata dalla banca FCE Bank PLC (**contraente**) per conto dei propri clienti, persone fisiche, richiedenti un contratto di finanziamento per l'acquisto di un autoveicolo, che in qualità di **aderenti** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'**assicurato** (il soggetto "richiedente", oppure "co-obbligato/amministratore", oppure "fidejussore" del finanziamento), contro l'accadimento di eventi impreveduti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso alla banca delle rate del finanziamento. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede l'offerta congiunta di garanzie di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Decesso da Infortunio** - Esclusivamente qualora il decesso dell'assicurato si verifichi entro il 65° anno di età e sia derivante da infortunio, la compagnia indennizza il doppio del debito residuo del Finanziamento esistente alla data del Sinistro.
- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro.
- ✓ **Malattia Grave** – Indennizzo pari a 12 Rate del Finanziamento in via anticipata.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non è residente in Italia;
- ✗ chi non sia il soggetto "richiedente", oppure "co-obbligato/amministratore", oppure "fidejussore" di un Finanziamento di importo erogato non superiore ad €65.000,00 e avente una durata compresa tra un minimo di 12 e un massimo di 60 mesi;
- ✗ chi non sia Non Lavoratore;
- ✗ chi non ha i seguenti requisiti di età: età compresa tra i 18 ed i 79 anni non compiuti, massimo 80 anni alla scadenza del Finanziamento.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave

- ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- ! abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- ! interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- ! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress); malattie tropicali.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi il modulo di adesione, devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **Nel corso della durata del contratto:** in caso di variazione dello status lavorativo puoi decidere di: (i) comunicare la circostanza alla Compagnia richiedendo la cessazione di tutte le garanzie (con diritto alla restituzione del premio non goduto), oppure in alternativa (ii) non comunicare la circostanza. In tal caso tutte le garanzie rimarranno comunque operanti.
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un premio unico ed anticipato per l'intera durata dell'assicurazione. L'importo del premio unico anticipato ti viene sempre finanziato dal contraente con il contratto di finanziamento. Il Premio viene restituito dall'Aderente al Contraente ratealmente, unitamente alle Rate del Finanziamento, secondo il piano di ammortamento previsto dal Finanziamento stesso. L'importo del Premio è calcolato in funzione dell'ammontare del capitale finanziato, della durata e della tipologia di Finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Tutte le coperture decorrono dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalle ore 24:00 della data di erogazione del Finanziamento. Per ciascun Assicurato l'assicurazione ha durata pari alla durata del Finanziamento.



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dal contratto: a) entro il termine di 30 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione (in tal caso verrà rimborsato l'intero importo di Premio eventualmente già versato, senza oneri, e l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore); b) successivamente, è possibile recedere dal contratto di assicurazione in ogni momento nel corso di durata dello stesso (in tal caso sarà rimborsata la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria).

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione PPI vita e danni

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi

(DIP aggiuntivo Multirischi)

Impresa: AXA France VIE S.A. (*Rappresentanza Generale per l'Italia*)

Prodotto: 4LIFE – per Non Lavoratori

Versione 01/01/2021

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo 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 aderente/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave)

AXA FRANCE VIE S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 9.384 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 8.896,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2019).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 160% e 356%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo vita

- **Decesso:** la prestazione è soggetta ad un massimale di €65.000,00.

Ramo danni

- **Decesso da Infortunio:** la prestazione è soggetta ad un massimale di €130.000,00.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:** l'Indennizzo è soggetto ad un massimale di €65.000,00.
- **Malattia Grave:** l'Indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo €1.500,00 per ogni rata indennizzata in via anticipata; massimo 12 rate indennizzate in via anticipata; massimo 24 rate indennizzate in via anticipata nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- pratica da parte dell'Assicurato di sport esercitati professionalmente e dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo con scalate superiore al terzo grado della scala di Monaco; scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; salto dal trampolino con sci; idrosci; bob; rugby; football americano;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica; guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo, colpi di stato, invasioni, ostilità nemiche, ribellioni, scioperi e sommosse.

Rami Danni

Esclusioni garanzie **Decesso da Infortunio, Invalidità Totale Permanente** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- pratica da parte dell'Assicurato di sport esercitati professionalmente e dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo con scalate superiore al terzo grado della scala di Monaco; scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; salto dal trampolino con sci; idrosci; bob; rugby; football americano;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica; guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo, colpi di stato, invasioni, ostilità nemiche, ribellioni, scioperi e sommosse.

Altre limitazioni garanzia **Invalidità Totale Permanente**:

- ai fini del diritto all'indennizzo, la domanda per il riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente da Infortunio deve essere presentata entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

Esclusioni garanzia **Malattia Grave** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica; guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo, colpi di stato, invasioni, ostilità nemiche, ribellioni, scioperi e sommosse.

Altre limitazioni garanzia **Malattia Grave**:

- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 180 giorni. Se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa Malattia Grave del Sinistro precedente, già liquidato, nessun ulteriore Indennizzo verrà corrisposto.
- La garanzia non è operante, e quindi nessun Indennizzo è dovuto, qualora la Data del Sinistro cada durante il Periodo di Pre-Ammortamento del Finanziamento.
- In riferimento al Finanziamento IdeaFord, non è indennizzabile la quota denominata "Valore Futuro Garantito".
- Sono indennizzabili sino a due Malattie Gravi dell'Assicurato, tra quelle elencate nelle condizioni di assicurazione, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.
- Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non sono indennizzabili le Malattie Gravi già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).

Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


<p>Cosa fare in caso di sinistro</p>	<p>Denuncia di sinistro: I sinistri vanno denunciati alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa) nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - via posta (anche raccomandata): AXA PARTNERS – Corso Como n. 17 – 20154 MILANO - via e-mail: clp.it.sinistri@partners.axa - via fax: 02-23331247 - web (ad eccezione della garanzia Decesso / Decesso da Infortunio): sito internet clpclaims.com/it anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando alla denuncia la seguente documentazione (in copia): <ul style="list-style-type: none"> - DECESSO: documento di identità del/i Beneficiario/i; certificato di morte rilasciato dal Comune / certificato necroscopico rilasciato dall'ASL; relazione medica attestante le cause del decesso; Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale sia indicato l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato. Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio: verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro. - INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE: documento di identità dell'Assicurato; relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti). Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale: verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro. - MALATTIA GRAVE: documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale; documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave. <p>Prescrizione garanzia Decesso: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p> <p>Prescrizione garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p>Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.</p>





Quando e come devo pagare?


<p>Premio</p>	<p>Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.</p>
----------------------	--


Rimborso	Hai diritto al rimborso dell'intero importo di premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 30 giorni dalla stipula. Hai inoltre diritto al rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto in ogni momento nel corso della sua durata, ed anche se, a seguito di cambio status lavorativo, decidi di chiedere all'Impresa la cessazione dell'assicurazione.
Sconti	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante: <ul style="list-style-type: none"> • Malattia Grave: 30 giorni • Invalidità Totale Permanente: 30 giorni
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Prima del perfezionamento del contratto, hai diritto di revocare in ogni momento la tua adesione alla polizza collettiva.
Recesso	Puoi recedere dal contratto con diritto alla restituzione del premio mediante diminuzione delle Rate del Finanziamento, secondo quanto segue: <ul style="list-style-type: none"> • in caso di recesso entro i primi 30 giorni: l'Impresa provvederà a rimborsare all'Aderente, per il tramite del Contraente, l'intero importo di Premio eventualmente già versato, senza oneri, e l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore; • successivamente, è possibile recedere dal contratto di assicurazione in ogni momento nel corso di durata dello stesso. L'Impresa provvederà a rimborsare all'Aderente, per il tramite del Contraente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (al netto delle imposte di legge). In tal caso, le garanzie assicurative cessano alle ore 24:00 della data di invio della comunicazione di recesso al Contraente. L'Aderente è tenuto ad esercitare il diritto di recesso mediante invio di una lettera raccomandata a.r. indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: FCE Bank (Ufficio Clienti), Via Argoli 54, 00143 Roma.
Risoluzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti persone fisiche della FCE Bank PLC, "richiedenti", oppure "co-obbligati/amministratori", oppure "fidejussori" di un finanziamento con la banca per l'acquisto di un autoveicolo (con importo erogato non superiore ad €65.000,00 e avente una durata compresa tra un minimo di 12 e un massimo di 60 mesi), di età compresa tra i 18 ed i 79 anni, e non superiore ad 80 anni alla data di scadenza del finanziamento, che siano Non Lavoratori e siano in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto.	

 Quali costi devo sostenere?	
I seguenti costi gravanti sul premio sono a tuo carico: <ul style="list-style-type: none"> • costi di intermediazione (provvigioni riconosciute all'intermediario): 50% del premio imponibile • costi amministrativi dell'Impresa: 21% del premio imponibile 	

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>

Richiesta di Informazioni	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>
----------------------------------	---

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>E' possibile presentare i reclami alle Imprese scrivendo alla società AXA PARTNERS (incaricata di gestire i reclami in nome e per conto delle Imprese) ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA PARTNERS (Ufficio Reclami) - Corso Como n. 17 – 20154 Milano • Posta elettronica (e-mail): clp.it.reclami@partners.axa • Fax: 02.23331247 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
All'IVASS	<p>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</p> <p>È altresì possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente:</p> <p style="text-align: center;">La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p> <p>O tramite la procedura sul sito web: https://www.mediation-assurance.org chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. • Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<ul style="list-style-type: none"> • La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. • Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, hai diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. • Le prestazioni non sono soggette a tassazione.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO 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.
L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

(Data aggiornamento: 01/01/2021 – Ultima versione disponibile)

I termini impiegati nelle Condizioni di Assicurazione hanno il seguente significato:

Aderente

la persona fisica che aderisce alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione, indicata sul contratto di Finanziamento quale “Richiedente”.

Assicurato

la persona fisica nei confronti della quale operano le garanzie assicurative, identificata nel Modulo di Adesione, che sia il soggetto “richiedente”, oppure “co-obbligato/amministratore”, oppure “fidejussore” del Finanziamento.

Beneficiario

il soggetto a cui la Società paga l’Indennizzo.

Contraente

FCE Bank PLC (“Ford Credit”), con sede legale in via Argoli, 54, 00143 Roma, che ha stipulato la Polizza in qualità di contraente nell’interesse dei propri clienti sottoscrittori di un Finanziamento.

Debito Residuo

Si intende il debito residuo del Finanziamento in linea capitale esistente alla data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Finanziamento oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto al Contraente in base al Finanziamento a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). In riferimento al Finanziamento IdeaFord, l’importo identificato come Valore Futuro Garantito è incluso o meno nel calcolo del Debito Residuo conformemente alla Opzione di Polizza Finanziamento IdeaFord scelta dall’Aderente in sede di adesione (è quindi incluso solo se l’Aderente ha scelto di assicurare il relativo importo). **Sono altresì escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate eventualmente già indennizzate per il caso di Malattia Grave relative al medesimo periodo temporale.**

Decesso

La morte dell’Assicurato.

Finanziamento

il contratto di finanziamento (FinanziamentoFord o IdeaFord) concluso con Ford Credit, di durata compresa tra un minimo di 12 e un massimo di 60 mesi (escluso l’eventuale Periodo di Pre-Ammortamento), ed avente un capitale finanziato non superiore ad €65.000,00.

Indennizzo

la somma dovuta dalla Società al Beneficiario in caso di Sinistro.

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l’Invalidità Totale Permanente.

Sono considerati Infortunio anche:

- a) l’asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l’annegamento;
- d) l’assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

Intermediario

Victor Insurance Italia S.r.l., intermediario assicurativo iscritto in sezione "A" del RUI (Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi) al numero A000556872, con sede in Via Calabria 31 – 20158 Milano, che in virtù di specifici accordi con la Compagnia e la Contraente intermedia le singole adesioni alla presente Polizza Collettiva ai clienti della Contraente.

Invalidità Totale Permanente

la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili. L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione a condizione che:

- i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" (Allegato 1), e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- ii. la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave

Si intendono le seguenti patologie:

- a) **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
 - i. storia del dolore cardiaco tipico;
 - ii. comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - iii. modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- c) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;

Modulo di Adesione

Il modulo denominato "Modulo di adesione alle coperture assicurative", contenente altresì la dichiarazione sottoscritta dall'Aderente per aderire alla Polizza Collettiva, redatta in duplice copia (una per l'Aderente ed una per l'Intermediario/Società).

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né lavoratore autonomo né lavoratore dipendente, inclusi i pensionati.

Opzioni di Polizza Finanziamento IdeaFord

le due opzioni di Polizza disponibili per l'Aderente che sottoscrive un Finanziamento IdeaFord. In base all'Opzione prescelta, l'Aderente può decidere di assicurare (prima opzione) oppure di non assicurare (seconda opzione) l'importo oggetto del Valore Futuro Garantito, per i casi di Decesso, Decesso da Infortunio e Invalidità Totale Permanente.

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'assicurazione durante il quale le garanzie Invalidità Totale Permanente da Malattia e Malattia Grave non sono operanti.

Periodo di Pre-Ammortamento

il periodo di tempo iniziale del Finanziamento – di durata pari a 90 giorni e previsto nei Finanziamenti con pagamento della prima Rata a 90 giorni – ed immediatamente successivo alla erogazione del Finanziamento, durante il quale nessuna Rata è dovuta in base al piano di ammortamento.

Periodo di Riqualificazione

periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro ed un Sinistro successivo, affinché quest'ultimo sia indennizzabile in base al contratto.

Polizza Collettiva

la polizza collettiva AXA France VIE S.A. n. 1-2021-00003 stipulata dal Contraente con la Società nell'interesse dei propri clienti.

Premio

la somma dovuta alla Società in relazione all'assicurazione prestata.

Rata

la rata mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento originale del Finanziamento stesso oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro, con esclusione dell'importo identificato come Valore Futuro Garantito qualora l'Aderente abbia sottoscritto un Finanziamento IdeaFord.

Sinistro

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

Società / Impresa / Compagnia

L'impresa di assicurazione AXA France VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), che presta la garanzia dei ramo vita e le garanzie di ramo danni previste dalla Polizza Collettiva.

Valore Futuro Garantito

L'importo della porzione finale (c.d. maxi-rata) del Finanziamento IdeaFord, così come definito dalle clausole contrattuali che regolano il finanziamento predetto.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Data aggiornamento: 01/01/2021 – Ultima versione disponibile)

CONDIZIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

COSA E' ASSICURATO?

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione e delimitazione del rischio assicurato

1. Il Contraente stipula la Polizza Collettiva con la Società per conto dei propri clienti richiedenti un Finanziamento, i quali aderiscono alla Polizza Collettiva – attivando l'assicurazione – su base individuale e facoltativa.
2. L'assicurazione è operante per i seguenti eventi che colpiscono l'Assicurato nel corso della durata del contratto:

A. Decesso, con copertura aggiuntiva Decesso da Infortunio che paga doppio Indennizzo

B. Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) – Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** si intende la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili. L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione a condizione che:

- i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" (Allegato 1), e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- ii. **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

C. Malattia Grave – Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per "**Malattia Grave**" si intendono le seguenti patologie:

- a. **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarke, il sarcoma di Kaposi;
- b. **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
 - i. storia del dolore cardiaco tipico;
 - ii. comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - iii. modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- c. **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;

3. **Le garanzie assicurative sopra indicate sono prestate in modo congiunto, come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo.**

4. **L'assicurazione opera esclusivamente nei confronti dell'Assicurato, identificato nel Modulo di Adesione, che sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 3.**

5. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere l'Indennizzo previsto dalle condizioni particolari di ciascuna garanzia.

6. Si precisa che: AXA France VIE S.A. presta la garanzia di ramo vita Decesso nonché le garanzie di ramo danni Decesso da Infortunio che paga doppio Indennizzo, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Malattia Grave.

COME SI ADERISCE ALLA POLIZZA COLLETTIVA?

Art. 2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

1. L'adesione alla Polizza Collettiva si perfeziona mediante sottoscrizione – da parte dell'Aderente – del Modulo di Adesione, redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Aderente e per l'Intermediario/Società).

2. Il Contraente (anche per il tramite dell'Intermediario) si impegna a comunicare alle Società tutti i dati e le informazioni di ciascun Aderente/Assicurato, in conformità agli accordi in essere tra le parti. Le Società accettano in copertura tutti gli Aderenti/Assicurati in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 3.

CHI E' IL SOGGETTO ASSICURATO? QUALI SONO I REQUISITI DI ASSICURABILITA'?

Art. 3 – Persone assicurabili

1. È assicurabile ciascuna persona fisica che abbia tutti i seguenti requisiti di assicurabilità alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- a) sia il soggetto “richiedente” oppure “co-obbligato/amministratore”, oppure “fidejussore” del Finanziamento di importo erogato non superiore ad €65.000,00 e avente una durata compresa tra un minimo di 12 e un massimo di 60 mesi (escluso l'eventuale Periodo di Pre-Ammortamento);
- b) sia Non Lavoratore;
- c) sia di età compresa tra i 18 ed i 79 anni (non compiuti) e sia di età tale per cui, alla data di scadenza del Finanziamento, non abbia compiuto gli 80 anni di età;
- d) sia residente in Italia.

COME SI PAGA IL PREMIO ALLE SOCIETA' DI ASSICURAZIONE? QUANTO COSTA L'ASSICURAZIONE?

Art. 4 – Pagamento del Premio ed ammontare

1. Per ciascuna assicurazione attivata, il Premio viene versato dal Contraente alla Società in forma unica ed anticipata. L'importo del Premio unico anticipato è sempre finanziato dal Contraente all'Aderente, cioè aggiunto all'importo preso a prestito col Finanziamento.
2. Il Contraente provvede, quindi, al recupero del Premio dall'Aderente tramite il Finanziamento, sulla base del quale il Premio viene restituito dall'Aderente al Contraente ratealmente, unitamente alle Rate, secondo il piano di ammortamento previsto dal Finanziamento stesso.
3. L'ammontare del Premio unico anticipato totale e finanziato è indicato nel Modulo di Adesione.

QUANDO INIZIA, QUANTO DURA E QUANDO CESSA L'ASSICURAZIONE?

Art. 5 – Durata e cessazione anticipata dell'assicurazione

1. Per ciascun Assicurato l'assicurazione decorre, a condizione che l'Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità, sia stato pagato il relativo Premio alla Società e sia stato erogato il Finanziamento, dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalle ore 24:00 della data di erogazione del Finanziamento. **E' fatta salva la non operatività delle coperture durante il Periodo di Carenza.**
2. Per ciascun Assicurato l'assicurazione ha durata pari alla durata del Finanziamento con un minimo di 12 mesi ed un massimo di 60 mesi (escluso l'eventuale Periodo di Pre-Ammortamento).
3. **L'assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata:**
 - a) in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Decesso, Decesso da Infortunio o Invalidità Totale Permanente;
 - b) in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Malattia Grave, solo qualora con il pagamento in un'unica soluzione delle 12 Rate del Finanziamento non vi siano più Rate da indennizzare;
 - c) in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 6;
 - d) in caso di anticipata estinzione totale del Finanziamento, nei casi di cui all'Art. 8.1 (salvo che l'Assicurato, con il consenso dell'Aderente, richieda la continuazione dell'assicurazione).

QUANDO E COME SI PUO' RECEDERE DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 6 – Revoca dell'adesione alla Polizza Collettiva / Diritto di recesso dell'Aderente

1. Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa l'Aderente ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva, mediante comunicazione al recapito indicato all'art. 6.3.
2. L'Aderente può recedere dalla Polizza Collettiva, con diritto alla restituzione del premio mediante diminuzione delle Rate/Canoni del Finanziamento, secondo quanto segue:
 - i. **in caso di recesso entro i primi 30 giorni:** l'Assicuratore provvederà a rimborsare all'Aderente, per il tramite del Contraente, mediante riduzione del debito residuo del Finanziamento, l'intero importo di Premio eventualmente già versato, senza oneri, e l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore;
 - ii. **successivamente, è possibile recedere dal contratto di assicurazione in ogni momento nel corso di durata dello stesso.** L'Assicuratore provvederà a rimborsare all'Aderente, per il tramite del Contraente, mediante riduzione del debito residuo

del Finanziamento, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (al netto delle imposte di legge), sulla base della formula di cui al successivo art. 8. In tal caso, le garanzie assicurative cessano alle ore 24:00 della data di invio della comunicazione di recesso al Contraente.

3. L'Aderente è tenuto ad esercitare il diritto di recesso mediante invio di una lettera raccomandata a.r. indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: FCE Bank (Ufficio Clienti), Via Argoli 54, 00143 Roma. Il Contraente, a sua volta, anche per il tramite dell'Intermediario, comunica alle Società i dati e le informazioni relativi agli Aderenti che hanno esercitato il diritto di recesso, in conformità agli accordi in essere tra le parti.

COSA FARE IN CASO DI PERDITA DELLO STATUS DI NON LAVORATORE?

Art. 7 – Cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato

1. Se l'Assicurato, durante il periodo di validità dell'assicurazione, perde il proprio stato di Non Lavoratore iniziando una attività lavorativa, l'Aderente ha la facoltà di:

- a) comunicare tale circostanza (fornendo prova della perdita dello status di Non Lavoratore / inizio attività lavorativa) e richiedendo la cessazione dell'assicurazione: **in tal caso, tutte le garanzie della Polizza Collettiva cessano alle ore 24:00 della data di tale comunicazione**, e la Società rimborserà all'Aderente, per il tramite del Contraente, la parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte di legge) dalla data di notifica della perdita dello status di Non Lavoratore / inizio attività lavorativa alla data di originaria scadenza del Finanziamento. Il Premio è rimborsato mediante diminuzione delle Rate del Finanziamento. Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la formula di cui al successivo Art. 8; oppure, in alternativa
- b) non comunicare tale circostanza: **in tal caso, il cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, ancorché non comunicato, non pregiudica, in caso di Sinistro, il diritto al pagamento degli Indennizzi.**

2. La comunicazione di perdita dello status di Non Lavoratore / inizio attività lavorativa e contestuale recesso dall'assicurazione ai sensi del precedente Art. 7.1 lett. a) deve essere effettuata al Contraente, inviando apposita comunicazione scritta (allegando idonea documentazione comprovante la perdita dello status di Non Lavoratore) al seguente indirizzo: *FCE Bank (Ufficio Clienti), Via Argoli 54, 00143 Roma*. Il Contraente, a sua volta, anche per il tramite dell'Intermediario, comunica alla Società i dati e le informazioni relativi agli Assicurati che hanno richiesto la cessazione dell'assicurazione a seguito del cambiamento di attività lavorativa, in conformità agli accordi in essere tra le parti.

COSA SUCCEDDE IN CASO DI ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE O PARZIALE DEL FINANZIAMENTO?

Art. 8 – Estinzione anticipata del Finanziamento

Estinzione anticipata totale

1. Nel caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto la data di scadenza originaria, oppure di trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, l'assicurazione cesserà a decorrere dalle ore 24:00 della data di estinzione o di surroga e la Società – per il tramite dell'Intermediario – provvederà a rimborsare all'Aderente la quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto delle imposte di legge. Il Premio sarà rimborsato all'Aderente mediante bonifico bancario sul conto corrente le cui coordinate bancarie sono state comunicate al Contraente al momento della sottoscrizione del contratto di Finanziamento o, in mancanza delle stesse, mediante assegno bancario inviato all'indirizzo presente nei sistemi del Contraente. Il rimborso avverrà entro 90 giorni dalla data di estinzione anticipata totale / trasferimento del Finanziamento.

L'Assicurato, con il consenso dell'Aderente, potrà, in alternativa alla cessazione dell'assicurazione, richiedere espressamente di mantenere inalterata ed operativa l'assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Intermediario e/o al Contraente, contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del Finanziamento.

Estinzione anticipata parziale

2. In caso di anticipata estinzione parziale del Finanziamento

- a) la Società rimborserà all'Aderente, per il tramite del Contraente e mediante riduzione del debito residuo del Finanziamento, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Finanziamento e la data di scadenza dell'assicurazione, nella misura corrispondente alla quota estinta di Finanziamento, applicando la formula di cui al successivo Art. 8.3. Il Premio sarà rimborsato all'Aderente mediante storno del relativo ammontare dal conteggio dell'importo necessario per estinguere parzialmente il Finanziamento;
- b) la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni dovute (cioè gli Indennizzi di Debito Residuo e di Rata/Canone) nella misura corrispondente alla quota estinta di Finanziamento, e pertanto, in caso di Sinistro, il Debito Residuo o le Rate mensili indennizzate saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento esistente alla data del Sinistro, come modificato a seguito della avvenuta estinzione parziale del Finanziamento.

L'Assicurato potrà, in alternativa alla riduzione proporzionale delle prestazioni, con il consenso dell'Aderente, richiedere espressamente alla Società di mantenere inalterata ed operativa l'assicurazione alle medesime condizioni originarie, come se l'estinzione parziale del Finanziamento non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto – utilizzando un apposito modulo di richiesta messo a disposizione dell'Assicurato, da restituirsi entro e non oltre 7 giorni (decorso tale termine senza la restituzione del modulo, si applicherà quanto previsto al precedente comma 2).

Formula di rimborso del premio (estinzione anticipata totale e parziale)

3. Il calcolo dell'importo da rimborsare, sia in caso di estinzione anticipata totale che parziale, avverrà sulla base della seguente formula:

$$R = P_{i-1} / N \times (N-K) * (CE_i / DR_i)$$

dove:

R importo da rimborsare al netto dell'imposta (pari al 2,50%)

P_{i-1} Premio finito anticipato al netto dell'imposta. Tale premio coincide inizialmente col premio iniziale al netto d'imposta. In caso di estinzione parziale con rimborso del premio, tale premio viene ogni volta aggiornato e verrà utilizzato come base di calcolo per effettuare una successiva estinzione totale o parziale con la seguente formula: $P_i = P_{i-1} * (1 - CE_i / DR_i)$

N durata dell'Assicurazione (a prescindere se sia assicurato o meno l'importo oggetto del Valore Futuro Garantito)

K durata del periodo di garanzia goduto espressa in giorni

CE_i è la quota capitale versata a titolo di estinzione parziale

DR_i è il debito residuo quantificato al giorno prima che l'estinzione parziale abbia effetto

****** Attenzione: contattando il Servizio Clienti di FORD CREDIT è possibile richiedere il calcolo dell'esatto importo di Premio di cui si ha diritto il rimborso in caso di estinzione anticipata del Finanziamento (applicando la formula sopra indicata). Tale richiesta sarà validata dall'Intermediario. ******

COME SI DENUNCIA UN SINISTRO?

Art. 9 – Denuncia dei Sinistri

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto delle imprese di assicurazione) nel più breve tempo possibile. Le denunce di Sinistro vanno inviate con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	AXA PARTNERS Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 - 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via e-mail	clp.it.sinistri@partners.axa
Via WEB (ad eccezione delle garanzie Decesso e Decesso da Infortunio)	Sito internet: clpclaims.com/it

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia sinistro messo a disposizione dalle Società; tale modulo è reperibile contattando il Servizio Clienti telefonico delle Società al numero telefonico di cui al successivo Art. 11, oppure scaricabile dal sito internet della Società (clp.partners.axa/it).

3. I Beneficiari, ai fini della liquidazione dell'Indennizzo, dovranno presentare alle Società tutta la documentazione richiesta, elencata, per ogni specifica copertura, nella relativa sezione delle condizioni particolari di assicurazione che seguono.

4. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

A CHI VIENE PAGATO L'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 10 – Pagamento dell'Indennizzo – Beneficiario

1. Per i casi di Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave il Beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato.

2. Per la garanzia Decesso / Decesso da Infortunio, Beneficiari dell'Indennizzo sono gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato. In ogni caso, l'Assicurato (ai sensi dell'Art. 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018) potrà altresì designare i Beneficiari in forma nominativa, indicando un eventuale referente terzo in caso di particolari esigenze di riservatezza. Per esercitare tale opzione, l'Assicurato dovrà compilare l'apposito Modulo di Designazione Beneficiari consegnato contestualmente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, inviandolo direttamente alla Società.

3. Le modifiche alla designazione dei Beneficiari per la garanzia Decesso devono essere comunicate in forma scritta alla Società. La designazione dei Beneficiari non può più essere revocata o modificata nei seguenti casi (art. 1921 c.c.):
- dopo che l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
 - dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.
4. La Società provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro trenta giorni dalla ricezione della documentazione di Sinistro completa.

QUALI SONO I RECAPITI DEL SERVIZIO CLIENTI DELLA SOCIETA'?

Art. 11 – Servizio Clienti/ Comunicazioni in corso di contratto tra Società e Aderente/Assicurato

SERVIZIO CLIENTI

È possibile richiedere alla Società informazioni sul presente contratto di assicurazione telefonando al **Numero 02-23331246**, operativo dal lunedì al giovedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 ed il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (festivi esclusi), oppure scrivendo una e-mail all'indirizzo clp.it.sinistri@partners.axa

Tutte le comunicazioni alla Società, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte dall'Aderente/Assicurato (o dagli aventi diritto) in forma scritta. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Aderente/Assicurato saranno effettuate via posta elettronica o posta cartacea (ai recapiti indicati sul Modulo di Adesione), in conformità alla scelta effettuata dall'Aderente/Assicurato in sede di stipula del contratto per la ricezione della documentazione precontrattuale.

Resta fermo il diritto per l'Aderente/Assicurato di modificare in ogni momento, in corso di contratto, la modalità di ricezione delle comunicazioni dalla Società, contattando il Servizio Clienti della stessa.

COME SI PRESENTA UN RECLAMO?

Art. 12 – Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alle Società, all'Intermediario ed all'Istituto per la Vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono.

Reclami all'impresa di assicurazione

All'impresa di assicurazione vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri

I reclami devono essere inviati per iscritto (a mezzo posta, fax o e-mail) ai seguenti recapiti della società AXA PARTNERS (incaricata di gestire i reclami in nome e per conto delle Imprese):

AXA PARTNERS (Ufficio Reclami)
Corso Como, 17 - 20154 Milano
Fax: 02-23331247
e-mail: clp.it.reclami@partners.axa

specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. Le Società daranno risposta al reclamante entro e non oltre 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami all'Intermediario assicurativo

All'intermediario assicurativo vanno indirizzati i reclami relativi al comportamento dell'intermediario stesso, ivi inclusi quelli relativi ai propri dipendenti e collaboratori. Si rinvia all'informativa contenuta nell'Allegato 4.

Reclami all'IVASS

All'IVASS vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto:

- l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di assicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

- b) nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo inoltrato alle Società e/o all'intermediario, o in caso di assenza di loro riscontro nel termine di 45 giorni;
- c) i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere.

I reclami devono essere inviati per iscritto (a mezzo posta, fax o PEC – Posta Elettronica Certificata) ai seguenti recapiti:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA
Fax: 06-42133206
PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'IVASS, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

È possibile reperire dettagliate informazioni sulle modalità di presentazione dei reclami sul sito internet www.ivass.it, sezione "Per il consumatore – Come presentare un reclamo", ove sono disponibili anche dei facsimili di reclamo.

Inoltre il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

- a) procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- b) procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.

Rimane salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

ALTRE NORME GENERALI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio / clausola sanzione

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

In nessun caso le Società saranno tenute a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre le Società a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 14 – Oneri fiscali

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal contratto di assicurazione sono a carico del soggetto che sostiene l'onere del pagamento del Premio o dei Beneficiari ed aventi diritto, così come previsto dalla normativa fiscale vigente.

Art. 15 – Legislazione applicabile e foro competente

1. Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

2. Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e/o il Contraente o l'Intermediario e, dall'altra parte, l'Aderente/Assicurato, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 16 – Prescrizione dei diritti

1. I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono:

- a) in dieci anni in riferimento alla garanzia Decesso;
- b) in due anni in riferimento alle garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave.

2. I termini di prescrizione decorrono dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ex art. 2952 c.c. Qualora, entro detti termini, le Società non abbiano ricevuto alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non possono più essere esercitati.

Art. 17– Rinvio alle norme di legge

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

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER CIASCUNA GARANZIA

SEZIONE A

GARANZIA DECESSO (ramo vita)

inclusa la copertura aggiuntiva Decesso da Infortunio che paga doppio Indennizzo – ramo danni)

COSA VIENE INDENNIZZATO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 18 – Indennizzo

1. La Società indennizza il Debito Residuo del Finanziamento quale risulta alla Data del Sinistro.

2. **Solo ed esclusivamente qualora il Decesso dell'Assicurato si verifichi entro il 65° anno di età e sia derivante da Infortunio, l'Indennizzo è pari al doppio del Debito Residuo del Finanziamento esistente alla data del Sinistro.**

3. Ai fini del calcolo dell'Indennizzo per **Debito Residuo** si intende il debito residuo del Finanziamento in linea capitale esistente alla data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Finanziamento oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto al Contraente in base al Finanziamento a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). In riferimento al Finanziamento IdeaFord, l'importo identificato come Valore Futuro Garantito è incluso o meno nel calcolo del Debito Residuo conformemente alla Opzione di Polizza Finanziamento IdeaFord scelta dall'Aderente in sede di adesione (è quindi incluso solo **se** l'Aderente ha scelto di assicurare il relativo importo). **Sono altresì escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate eventualmente già indennizzate per il caso di Malattia Grave relative al medesimo periodo temporale.** Per **Data del Sinistro** si intende la data di decesso dell'Assicurato.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO?

Art. 19 – Massimale di Indennizzo

1. L'Indennizzo è soggetto ad un massimale di €65.000,00 per Assicurato.

2. **Solo ed esclusivamente qualora il Decesso dell'Assicurato si verifichi entro il 65° anno di età e sia derivante da Infortunio (caso nel quale la Società è tenuta al pagamento del doppio del Debito Residuo ai sensi del precedente Art. 18.2), l'indennizzo è soggetto ad un massimale di €130.000,00 per Assicurato.**

3. Il massimale suddetto si applica cumulativamente a tutti i Finanziamenti e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente a protezione dei Finanziamenti stipulati col Contraente. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Finanziamenti, l'importo massimo versato dalla Società non potrà mai superare – per il medesimo Assicurato – il massimale di cui sopra.

QUALI SONO I CASI DI DECESSO NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 20 – Esclusioni

Fermo quanto previsto all'Art. 1 sull'oggetto del rischio assicurato, l'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, in caso di Decesso causato da:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- b) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- c) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;

- d) pratica da parte dell'Assicurato di sport esercitati professionalmente e dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo con scalate superiore al terzo grado della scala di Monaco; scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; salto dal trampolino con sci; idrosci; bob; rugby; football americano;
- e) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress); malattie tropicali;
- f) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- g) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica; guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo, colpi di stato, invasioni, ostilità nemiche, ribellioni, scioperi e sommosse.

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 21 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – COPIA della seguente documentazione:
 - a) documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Assicurato o degli eredi (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
 - b) certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;
 - c) relazione medica attestante le cause del decesso;
 - d) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Finanziamento (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro;
 - e) al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo: (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale sia indicato l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); (ii) inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato;
- Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio*
 - f) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.
3. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare, che legittimi la ricezione da parte di terzo soggetto, dell'indennizzo spettante ad un erede minorenni o incapace; etc.).

SEZIONE B

GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (ramo danni)

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 22 – Periodo di Carenza

1. La garanzia Invalidità Totale Permanente da Malattia non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni. Pertanto, se la Data del Sinistro cade durante il Periodo di Carenza, la Società non è tenuta al pagamento dell'Indennizzo.
2. Ai fini di tale clausola, per "Data del Sinistro" si intende la data di diagnosi della Malattia che genera lo stato di Invalidità Totale Permanente da Malattia dell'Assicurato.

COSA VIENE INDENNIZZATO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 23 – Indennizzo

1. La Società indennizza il Debito Residuo del Finanziamento quale risulta alla data del Sinistro.

2. Ai fini del calcolo dell'Indennizzo per **Debito Residuo** si intende il debito residuo del Finanziamento in linea capitale esistente alla data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Finanziamento oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto al Contraente in base al Finanziamento a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). In riferimento al Finanziamento IdeaFord, l'importo identificato come Valore Futuro Garantito è incluso o meno nel calcolo del Debito Residuo conformemente alla Opzione di Polizza Finanziamento IdeaFord scelta dall'Aderente in sede di adesione (è quindi incluso solo **se** l'Aderente ha scelto di assicurare il relativo importo). **Sono altresì escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate eventualmente già indennizzate per il caso di Malattia Grave relative al medesimo periodo temporale.** per **Data del Sinistro** si intende:

- i. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la data di accadimento dell'Infortunio;
- ii. **Invalidità Totale Permanente da Malattia:** la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO?

Art. 24 – Massimale di Indennizzo

1. L'Indennizzo è soggetto ad un massimale di €65.000,00 per Assicurato.
2. Il massimale suddetto si applica cumulativamente a tutti i Finanziamenti e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente a protezione dei Finanziamenti stipulati col Contraente. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Finanziamenti, l'importo massimo versato dalla Società non potrà mai superare – per il medesimo Assicurato – il massimale di cui sopra.

QUALI SONO I CASI DI INVALIDITA' NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 25 – Esclusioni

1. L'Indennizzo è dovuto soltanto qualora l'Invalidità Totale Permanente sia stata presentata all'autorità competente per il riconoscimento entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.
2. Fermo quanto previsto all'Art. 1 sull'oggetto del rischio assicurato, l'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, in caso di Sinistro causato da:
 - a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
 - b) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
 - c) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
 - d) pratica da parte dell'Assicurato di sport esercitati professionalmente e dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo con scalate superiore al terzo grado della scala di Monaco; scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; salto dal trampolino con sci; idrosci; bob; rugby; football americano;
 - e) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress); malattie tropicali;
 - f) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
 - g) lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
 - h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica; guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo, colpi di stato, invasioni, ostilità nemiche, ribellioni, scioperi e sommosse.

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 26 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – COPIA della seguente documentazione:
 - a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
 - b) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Finanziamento (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro;
 - c) relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);

Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale

- d) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.
2. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro.

SEZIONE C GARANZIA MALATTIA GRAVE (ramo danni)

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 27 – Periodo di Carenza

1. La garanzia **Malattia Grave non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni**. Pertanto, se la Data del Sinistro cade durante il Periodo di Carenza, la Società non è tenuta al pagamento dell'Indennizzo.
2. Ai fini di tale clausola, per "Data del Sinistro" si intende la data di diagnosi della Malattia Grave come risultante dalla documentazione medica.

QUANTE MALATTIE GRAVI SONO COPERTE?

Art. 28 – Numero di Malattie Gravi coperte dall'assicurazione

1. Fermo quanto previsto al successivo Art. 32, **sono indennizzabili sino a due Malattie Gravi dell'Assicurato, tra quelle elencate al precedente Art. 1 (Tumore – Infarto Miocardico – Ictus cerebrale), diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.**
2. **Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non sono indennizzabili le Malattie Gravi già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.**

A QUANTO AMMONTA L'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 29 – Indennizzo

1. La Società indennizza 12 Rate del Finanziamento così come risultanti dal piano di ammortamento del Finanziamento originario o ridefinito (a seguito di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio), corrisposte in un'unica soluzione ed in via anticipata.
2. Qualora, alla Data del Sinistro, la durata residua del piano di ammortamento del Finanziamento fosse inferiore a 12 Rate, la Società liquiderà un indennizzo, sempre versato in un'unica soluzione ed in via anticipata, pari alle Rate residue del Finanziamento.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO ED I SUOI LIMITI?

Art. 30 – Massimali e limiti di Indennizzo

1. Fermo quanto previsto all'Art. 29.2, all'Indennizzo si applica il seguente massimale:
 - a) **massimo €1.500,00 per ogni Rata indennizzata in via anticipata;**
 - b) **massimo 12 Rate indennizzate in via anticipata per una Malattia Grave indennizzata;**
 - c) **massimo 24 Rate indennizzate in via anticipata in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di due Malattie Gravi indennizzate.**
2. I massimali suddetti si applicano cumulativamente a tutti i Finanziamenti e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente a protezione dei Finanziamenti stipulati col Contraente. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Finanziamenti, l'importo massimo versato dalla Società per ciascun Indennizzo per Malattia Grave non potrà superare – per il medesimo Assicurato – il massimale indicato al precedente Art. 30.1 (a), ed il numero di Rate indennizzate non potrà mai superare – per il medesimo Assicurato – quanto indicato al precedente Art. 30.1 (b) e (c).
3. In riferimento al Finanziamento IdeaFord, non è comunque indennizzabile la quota denominata Valore Futuro Garantito.

QUALI SONO I CASI DI MALATTIA GRAVE NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 31 – Esclusioni

Fermo quanto previsto all'Art. 1 sull'oggetto del rischio assicurato, l'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, in caso di Sinistro causato da:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- b) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- c) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali
- d) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- e) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress); malattie tropicali;
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica; guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo, colpi di stato, invasioni, ostilità nemiche, ribellioni, scioperi e sommosse.

SI POSSONO DENUNCIARE PIU' SINISTRI PER MALATTIA GRAVE?

Art. 32 – Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione

1. Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave, nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi.
2. Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave.
3. Se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa Malattia Grave del Sinistro precedente, già liquidato, nessun ulteriore Indennizzo verrà corrisposto.

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 33 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – COPIA della seguente documentazione:
 - a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale
 - b) al fine di permettere alle Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Finanziamento (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza delle Rate dovute
 - c) documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave.
2. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro.

NOTA INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE - La presente Informativa viene resa dalle compagnie assicurative (Titolari del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLE COMPAGNIE TITOLARI DEL TRATTAMENTO

Titolare del Trattamento dei dati è, per quanto di propria competenza, la compagnia assicurativa che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, come indicato nella documentazione contrattuale, e cioè:

AXA FRANCE VIE. Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395. PEC: axafrancevie@legalmail.it.

AXA FRANCE IARD. Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152. PEC: axafranceiard@legalmail.it.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) delle compagnie Titolari del Trattamento scrivendo ai Titolari (sopra indicati) ai seguenti contatti:

- per posta: - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri e alla gestione dei reclami, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- b) espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali le compagnie Titolari del Trattamento sono autorizzate, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- c) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Non è richiesto il consenso dell'Interessato per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte del Titolare e di terzi a cui tali dati saranno comunicati,

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la salute dell'Interessato e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso dell'Interessato riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'Interessato ed il Titolare, secondo i casi, i dati personali dell'Interessato possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso dell'Interessato riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Senza i dati personali dell'Interessato il Titolare non è in grado di fornire, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo. Il Titolare potrà, inoltre, utilizzare i dati di recapito dell'Interessato per inviare comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

Il trattamento dei dati per ulteriori e diverse finalità, quali ad esempio ricerche di mercato, attività di marketing e profilazione, sarà effettuato solo ed esclusivamente previo libero consenso espresso dell'Interessato, e solo previa idonea informativa resa all'interessato.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a) dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- b) dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori delle compagnie Titolari del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna delle Titolari, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dalle Titolari e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione delle compagnie Titolari del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a) altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b) professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c) soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d) organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui le Titolari o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e) società del gruppo di appartenenza delle compagnie Titolari del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge). La comunicazione di dati ed informazioni personali all'interno del Gruppo AXA in tutto il mondo è coperta dalle BCR (Binding Corporate Rules) del Gruppo AXA.
- f) altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere alle Titolari:

- a) l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b) la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c) la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d) la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.
- e) l'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti delle Titolari:
- f) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- g) diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti alle Titolari, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte delle Titolari cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- h) diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- i. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di: (i) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali – Piazza Venezia 11 - 00187 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Le compagnie Titolari del Trattamento raccolgono i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di antiriciclaggio.