
Contratto di Creditor Protection a Premio Unico FGA Capital Leasing

Il presente fascicolo informativo contenente:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione e Informativa sulla Privacy;
- Glossario;
- Facsimile della Dichiarazione di Adesione

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(aggiornamento al 1 dicembre 2010)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive N. 1049.10.21.127.01 (CACI Life Limited) e N. 1049.10.21.127.02 (CACI Non-Life Limited) denominate “CPI LEASING” stipulate tra FGA CAPITAL S.p.A e CACI (di seguito, ciascuna, la “Polizza Convenzione”).

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita ed integrata in base a quanto previsto dagli schemi predisposti dall'ISVAP per i contratti di assicurazione dei rami danni, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Si precisa che ai fini di un'adeguata rappresentazione delle caratteristiche della Polizza Convenzione, la presente Nota Informativa è stata integrata per tener conto delle caratteristiche delle singole coperture ivi previste. In particolare, si precisa che: (i) la presente Nota Informativa contiene informazioni in merito alle ulteriori coperture assicurative diverse da quelle sulla vita che vengono fornite in base alla convenzione di assicurazione stipulata tra le società assicurative di seguito indicate e FGA CAPITAL S.p.A e (ii) la copertura assicurativa relativa al caso morte è prestata unicamente dalla Società CACI Life Ltd, mentre le altre coperture assicurative indicate nella presente Nota Informativa sono prestate unicamente dalla Società CACI Non-Life Ltd.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE
- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited sono entrambe società di capitali costituite ai sensi del diritto irlandese facenti parte del Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. La società capogruppo è Crédit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: + 353 1 603 96 37
- Indirizzo e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie
- Fax: 0035 31 603 96 49

CACI Life Ltd e CACI Non-Life Ltd (ciascuna la “Società”) sono regolarmente autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita I e nei rami danni e sono soggette al controllo della Central Bank of Ireland. Le Imprese operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

CACI Life non investe il premio in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di Assicurazioni sulla Vita.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Al 30 Giugno 2010 il patrimonio netto di CACI Life era pari ad € 95.987.000 (di cui €78.234.000 costituiscono il capitale sociale ed € 17.753.000 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

Il patrimonio netto di CACI Non-Life era pari ad € 109.256.000 (di cui € 50.258.000 costituiscono il capitale sociale ed € 58.997.000 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

L'indice di solvibilità - che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente - riferito alla gestione vita era pari al 214% mentre l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni era pari al 298%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

3.1. Durata delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di locazione finanziaria e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di locazione finanziaria come ivi prevista; ovvero (ii) in caso di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria; o (iii) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, anche per inadempimento dell'Assicurato; o (iv) all'ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico e comunque al raggiungimento del 75esimo anno di età o (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale

Permanente; o (vi) alla data di risoluzione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Cliente nel caso in cui il Cliente non abbia indicato una nuova Persona Designata; o (vii) alla data di Cessazione di Attività del Cliente non dovuta ad Evento Straordinario.

Si rinvia all'art. 3 (Decorrenza e durata delle coperture assicurative) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3.2 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative:

- A) Copertura assicurativa per il caso Morte;
- B) Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia;
- C) Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero;
- D) Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia;
- E) Copertura assicurativa per il caso Cessazione di Attività.

Descrizione della prestazioni assicurative per ciascuna copertura

Di seguito sono descritte le prestazioni assicurative relative a ciascuna copertura:

A) Copertura assicurativa per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari all'importo complessivo dei canoni, attualizzato secondo quanto previsto dal Contratto di locazione finanziaria che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di locazione finanziaria e il prezzo di riscatto pattuito nel Contratto di locazione finanziaria. Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 70.000,00. Si rinvia all'art. 22 (Indennizzo per il caso Morte) e all'art. 23 (Esclusioni per il caso Morte) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

B) Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da infortunio o malattia di grado non inferiore al 60%, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari all'importo complessivo dei canoni, attualizzato secondo quanto previsto dal Contratto di locazione finanziaria che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di locazione finanziaria e il prezzo di riscatto pattuito nel Contratto di locazione finanziaria. Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 70.000,00. Si rinvia all'art. 27 (Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia) e all'art.28 (Esclusioni per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

C) Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero

In caso di Sinistro, che si verifichi durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, dal quale derivi il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini stabiliti dalla Polizza Convenzione, una somma pari al canone mensile dovuto dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. L'indennizzo mensile non può eccedere il massimale di Euro 2.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 18 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa. Si rinvia all' art. 31 (Indennizzo

per il caso Ricovero Ospedaliero) e all' art. 32 (Esclusioni per il caso Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

D) Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 30 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari al canone mensile dovuto dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare è prevista una Franchigia Assoluta di 30 giorni. L'Indennizzo non potrà eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 2.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n.24 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 36 (Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia) e all'art.37 (Esclusioni per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

E) Copertura assicurativa per il caso Cessazione di Attività

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi la Cessazione di Attività del Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari al canone mensile dovuto dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'Indennizzo non potrà eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 2.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 41 (Indennizzo per il caso Cessazione di Attività) e all'art.42 (Esclusioni per il caso Cessazione di Attività) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Premi

Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte del Cliente di un premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento della stipulazione del Contratto di locazione finanziaria il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione. Il Premio è calcolato come segue:

- 0,124% dell'importo del Contratto di locazione finanziaria richiesto moltiplicato per il numero dei mesi di durata del Contratto di locazione finanziaria.

Si specifica che il tasso lordo di premio è così composto:

0,124% = 0,1066% (Morte e Invalidità Totale Permanente) + 0,0174% (Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Cessazione di Attività).

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio sopra indicato sono pari al 40,50%.

Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

A titolo esemplificativo, nella seguente tabella si riporta il valore della quota parte percepita in media dal Contraente in valore assoluto:

Durata	Capitale Assicurato	Premio netto	Costo Medio percepito dal Contraente
48 mesi	€ 10.000	€ 578,91	€ 234,46

Il costo medio percepito dal Contraente è incluso nel premio unico anticipato corrisposto dal Cliente.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, la Società restituirà al Cliente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa, su richiesta del Cliente espressa per iscritto, da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, la Società fornirà le

coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale in favore del Cliente quale nuovo Beneficiario.

Si rinvia all'art. 4 (Estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria) e all'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non sono previsti a beneficio del Cliente meccanismi di partecipazione agli utili.

6. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di premio di cui al precedente art. 4 sono pari al 40,50%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

7. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.

8. Regime fiscale applicabile

E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicabile alla Polizza Convenzione. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza Convenzione.

8.1 Imposta sui premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, in linea di principio, i premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%. Eventuali modifiche della normativa fiscale applicabile alla Polizza Convenzione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

8.2 Tassazione delle somme assicurate

Le somme percepite nell'esercizio dell'attività d'impresa concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate all'ordinaria tassazione. Le somme corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate sotto forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte, invece, in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

8.3 Detrazione fiscale dei premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, il Cliente ha diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare euro 1.291,14 (milleduecentonovantuno/14). Trattandosi di polizza a premio unico, la detrazione potrà essere effettuata - nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa - esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

9. Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza

Convenzione

Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti.

Si rinvia all'art. 2 (Modalità e limiti di adesione) e art. 3 (Decorrenza e durata della copertura assicurativa) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

10. Risoluzione della Polizza Convenzione per sospensione del pagamento dei Premi

Poiché la Polizza Convenzione prevede il pagamento da parte del Cliente di un Premio unico anticipato, non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza Convenzione sospendendo il pagamento dei premi.

11. Riscatto e Riduzione

La Polizza Convezione non prevede valori di riduzione e di riscatto.

12. Revoca della Proposta

La Polizza Convenzione non prevede una proposta da parte dell'Assicurato. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è sufficiente la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Diritto di Recesso del Cliente

Il Cliente può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione,

dandone comunicazione alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Nel caso in cui la dichiarazione di adesione sia stata sottoscritta da persona giuridica il recesso potrà essere esercitato solo dal legale rappresentante di quest'ultima. La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited**

via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

- al Contraente mediante trasmissione a:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care

Av.Zero – St 160

Corso Agnelli 200

10135 Torino

Tel. 199.818.203

Fax: 011/3797171

Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Cliente per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata negli artt. 25, 29, 33, 38, e 43 delle Condizioni di Assicurazione. E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbe anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative. Si ricorda che ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952, comma 2, cod. civ., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulle previsioni stabilite dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Convenzione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'economia e delle finanze.

15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

17. Reclami e mediazione

17.1. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care

Av.Zero – St 160

Corso Agnelli 200

10135 Torino

Tel. 199.818.203

Fax: 011/3797171

E-mail: customercare.polizze@fiat.com

Nel caso in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto della gestione del reclamo potrà rivolgersi alla Società al seguente indirizzo:

CACI Life Limited o CACI Non-Life Limited

Beaux Lane House

Mercer Street Lower

Dublino 2 (Irlanda)

Fax: 0035 31 603 96 49

- 17.2. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'ISVAP – Servizio tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente (Central Bank of Ireland) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
- 17.3. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che, fatto salvo il tentativo di mediazione ai sensi del successivo paragrafo 17.4 ove sia obbligatorio per legge, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.
- 17.4. Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa al rapporto contrattuale tra la Società, l'Assicurato e il Beneficiario sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del foro di residenza dell'Assicurato.

18. Informativa in corso di contratto

18.1 Informazioni riguardanti la Società

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

La Società comunicherà prontamente per iscritto al Contraente nel corso della durata contrattuale qualunque modifica alle condizioni di assicurazione intervenuta a seguito della introduzione di clausole aggiuntive ovvero conseguenti a modifiche alla legislazione applicabile.

19. Comunicazioni del Cliente alla Società

Qualsiasi eventuale cambiamento di attività o di professione dell'Assicurato non è soggetto ad alcuna comunicazione alla Società da parte del Cliente.

20. Conflitto di Interessi

Nell'attività di offerta e sottoscrizione della Polizza Convenzione descritta nella presente Nota Informativa, ciascuna Società si impegna a non effettuare operazioni, sia nell'offerta che nella gestione delle polizze, in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto di interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo. Nonostante l'attuale assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione della presente Nota Informativa, la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente.

CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale



2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive N. 1049.10.21.127.01 (CACI Life Ltd) e N. 1049.10.21.127.02 (CACI Non-Life Ltd) denominate "CPI LEASING" stipulate tra FGA CAPITAL S.p.A e CACI sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1.1 Ai termini e alle condizioni di cui alla Polizza Convenzione, la Società si impegna a pagare al Beneficiario un importo che:

- per il caso di Morte, è determinato ai sensi dell'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, è determinato ai sensi dell'art. 27 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Ricovero Ospedaliero, è determinato ai sensi dell'art. 31 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia, è determinato ai sensi dell'art. 36 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Cessazione di Attività, è determinato ai sensi dell'art. 41 delle Condizioni di Assicurazione.

1.2 Le coperture assicurative prestate per ciascun Assicurato (Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia e Cessazione di Attività), sono esclusivamente quelle risultanti dalla Dichiarazione di Adesione.

ART. 2 – MODALITA' E LIMITI DI ADESIONE

2.1. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che:

1. il Cliente abbia stipulato il Contratto di locazione finanziaria e abbia sottoscritto (eventualmente insieme alla Persona Designata) la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto di locazione finanziaria;
 2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato goda di buona salute, vale a dire non sia affetto da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
 3. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato non sia stato assente, nei precedenti 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni consecutivi a causa di Malattia o Infortunio;
 4. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti;
 5. il Cliente persona fisica abbia percepito redditi da lavoro autonomo nell'esercizio precedente a quello relativo alla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, secondo quanto precisato nella definizione di Lavoratore Autonomo.
- 2.2. In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo 2.1, nel caso di Cliente che sia una persona giuridica è altresì necessario che la Persona Designata:
- i. svolga la propria Normale Attività Lavorativa con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente o sia il solo dipendente all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti.
 - ii. abbia espresso il proprio consenso alla copertura assicurativa per il caso di Morte.
- 2.3. Il Contraente si impegna a verificare che la Persona Designata, scelta dal Cliente persona giuridica ed indicata nella Dichiarazione di Adesione, abbia i requisiti e le condizioni di cui ai precedenti paragrafi 2.1 e 2.2 ad essa applicabili.
- 2.4. Nel caso in cui la Persona Designata non presenti i suddetti requisiti e la copertura assicurativa non sia quindi attivata, la Società invierà, per il tramite del Contraente, un'apposita comunicazione scritta al Cliente.

Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un'apposita visita medica.

ART. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

- 3.1. Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi (la "Data di Decorrenza"):

- (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
- (ii) la stipulazione del Contratto di locazione finanziaria (vale a dire il giorno in cui viene sottoscritto il verbale di consegna e constatazione del bene in leasing), sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art.5.

3.2. Le coperture assicurative hanno una durata pari a quella del Contratto di locazione finanziaria e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- (i) alla data di cessazione del Contratto di locazione finanziaria come ivi prevista;
- (ii) in caso di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria;
- (iii) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, anche per inadempimento dell'Assicurato;
- (iv) all'ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico e comunque al raggiungimento del 75esimo anno di età;
- (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente;
- (vi) alla data di risoluzione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Cliente nel caso in cui il Cliente non abbia indicato una nuova Persona Designata;
- (vii) alla data di Cessazione di Attività del Cliente non dovuta ad Evento Straordinario.

Resta inteso che in caso di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, la Società restituirà al Cliente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa, su richiesta del Cliente espressa per iscritto, da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Cliente quale nuovo Beneficiario.

ART. 4 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO DI LOCAZIONE FINANZIARIA

In caso di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

La Società restituirà al Cliente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

- Per la parte di premio puro secondo la regola:
 $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$
- Per la parte relativa alle commissioni secondo la regola:
 $R2 = P \times (N-K)/N$

dove:

P1= Premio puro imponibile (al netto imposte) relativo alle garanzie di rata

P2= Premio puro imponibile (al netto imposte) relativo alle garanzie di capitale

P= Premio imponibile (al netto imposte) relativo alle commissioni

N= Durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)

K= Mese in corso (numero di mesi scaduti)

N-K = durata residua

La Società tratterà dall'importo dovuto (R1 + R2) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società al Cliente.

In alternativa, su richiesta del Cliente espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria, fornirà la copertura assicurativa fino all'originaria scadenza contrattuale in favore del Cliente quale nuovo Beneficiario. Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e dei canoni di locazione mensili saranno quelli risultanti dal piano di ammortamento originario.

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

- 5.1 Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte del Cliente di un premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione o, al momento della stipulazione del Contratto di locazione finanziaria il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.
- 5.2 Il premio unico dovuto dal Cliente è calcolato come segue:
- 0,124% dell'importo del Contratto di locazione finanziaria moltiplicato per ogni mese di durata del Contratto di locazione finanziaria.

Si specifica che il tasso lordo di premio è così composto:

$0,124\% = 0,1066\%$ (Morte e Invalidità Totale Permanente) + $0,0174\%$ (Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Cessazione di Attività).

ART. 6 – MODIFICA DELLA PERSONA DESIGNATA

- 6.1. Nel caso in cui, nel corso della durata della Polizza Convenzione, la Persona Designata indicata nella Dichiarazione di Adesione modifichi anche in parte le proprie funzioni all'interno della struttura del Cliente persona giuridica ovvero cessi di svolgere la propria Normale Attività Lavorativa per conto del Cliente stesso, quest'ultimo ha facoltà di nominare una nuova Persona Designata, comunicandone al Contraente il relativo nominativo.

A tal fine, il Cliente dovrà inviare al Contraente una nuova Dichiarazione di Adesione, contenente i dati relativi alla nuova Persona Designata ivi richiesti, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care

Av.Zero – St 160

Corso Agnelli 200

10135 Torino

Tel. 199.818.203

E-mail: customercare.polizze@fiat.com

- 6.2. La copertura assicurativa sarà efficace con riferimento alla nuova Persona Designata a condizione che:
1. la nuova Persona Designata presenti i requisiti di cui ai precedenti paragrafi 2.1 e 2.2;
 2. il Cliente e la nuova Persona Designata abbiano sottoscritto un modulo per la sostituzione della Persona Designata.
- 6.3. Nell'ipotesi in cui la persona inizialmente designata non eserciti più la sua attività per conto del Cliente come riportato nella definizione di Persona Designata e in assenza di nomina della nuova Persona Designata, nessuna prestazione sarà dovuta dalla Società come indicato nel precedente art. 3.2 (vi).

ART. 7 – ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- 7.1. In caso di Sinistro, il Cliente deve darne avviso scritto al Contraente entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di ricevimento del modulo di denuncia del Sinistro che potrà essere richiesto a:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care

Av.Zero – St 160

Corso Agnelli 200

10135 Torino

ovvero telefonicamente al numero 199.818.203

- 7.2. Ai fini di cui all'articolo che precede, il Cliente deve debitamente compilare l'apposito modulo di Sinistro, fornito su richiesta dal Contraente ed inviare lo stesso al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento (da inviare entro e non oltre 60 giorni dal ricevimento del modulo di Sinistro), mediante trasmissione a:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care

Av.Zero – St 160

Corso Agnelli 200

10135 Torino

Tel 199.818.203

Unitamente al modulo di Sinistro debitamente compilato, il Cliente deve inviare al Contraente la documentazione di cui al successivo art. 25 per il caso di Morte, al successivo art. 29 per il caso di Invalidità Totale Permanente, al successivo art. 33 per

il caso di Ricovero Ospedaliero, al successivo art. 38 per il caso Inabilità Temporanea Totale e al successivo art. 43 per Cessazione di Attività.

- 7.3. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Cessazione di Attività, qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, il Cliente è tenuto, in aggiunta all'invio al Contraente dell'avviso scritto di Sinistro nei tempi e con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 7.1 e 7.2, ad inviare al Contraente il modulo di continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 7.2, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. La Società potrà, in ogni momento, richiedere al Cliente di fornire le prove documentali in ordine al perdurare del diritto alle prestazioni di cui alla presente polizza.

ART. 8 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla Polizza Convenzione sono a carico del Cliente, restando inteso che il loro versamento verrà effettuato ad onere, cura e responsabilità della Società.

ART. 9 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

Le eventuali modifiche alla Polizza Convenzione o a ciascuna delle coperture assicurative ivi previste devono essere provate per iscritto.

ART. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dalla Polizza Convenzione, è applicabile la legge italiana.

ART. 11 – LIMITI TERRITORIALI

La copertura assicurativa per il caso Morte è valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

ART.12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Cliente, dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 cod. civ..

ART. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che la copertura assicurativa può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 14 – RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ovvero il Cliente persona giuridica qualora sia stata indicata una Persona Designata, può recedere dalla Polizza Convenzione entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, dandone comunicazione alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Nel caso in cui la Dichiarazione di Adesione sia stata sottoscritta dal Cliente persona giuridica, il recesso potrà essere esercitato solo dal legale rappresentante di quest'ultima.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- CACI Life Ltd e CACI Non-Life Ltd (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero:

0035 31 603 96 49;

- al Contraente mediante trasmissione a:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care

Av.Zero – St 160

Corso Agnelli 200

10135 Torino

Tel. 199.818.203

Fax: 011/3797171

Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Cliente, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

ART. 15 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex art. 1916 c.c. nei confronti dell'Assicurato.

ART. 16 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 16.1. Tutte le comunicazioni da parte del Cliente nei confronti della Società, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle

coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento. Eventuali comunicazioni da parte della Società al Cliente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto del Cliente stesso.

- 16.2. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto, specificando in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati, al Contraente al seguente indirizzo:

FGA CAPITAL S.p.A.

Customer Care
Av.Zero – St 160
Corso Agnelli 200
10135 Torino
Tel. 199.818.203
Fax: 011/3797171
E-mail: customercare.polizze@fiat.com

Nel caso in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto della gestione del reclamo da parte del Contraente, potrà rivolgersi alla Società al seguente indirizzo:

CACI Life Ltd o CACI Non-Life Ltd

Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)
Fax: 0035 31 603 96 49

- 16.3. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'**I.S.V.A.P. – Servizio tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA**, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente (Central Bank of Ireland) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che, fatto salvo il tentativo di mediazione ai sensi del paragrafo 16.4 ove sia obbligatorio per legge, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

- 16.4. Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa al rapporto contrattuale tra la Società, l'Assicurato e il Beneficiario sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del foro di residenza dell'Assicurato.

ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

17.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative, ad eccezione della copertura assicurativa per Cessazione di Attività si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

17.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ. le coperture assicurative per il rischio Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale si estendono ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – CESSIONE DEI DIRITTI

Il Cliente non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione.

ART. 19 – PRESCRIZIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952, comma 2, cod. civ., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 20 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

Qualora tra il Cliente e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo medico, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali di comune accordo tra essi o, in caso di mancato accordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il

medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

ART. 21 – OGGETTO

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 22, qualora:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la relativa copertura assicurativa è efficace, ai sensi del precedente art. 3;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo art. 23.
3. Il Cliente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

ART. 22 – INDENNIZZO PER IL CASO MORTE

22.1. In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari, al debito residuo attualizzato relativo al Contratto di locazione finanziaria, comprensivo dei canoni, del prezzo di riscatto e degli interessi, che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere. Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.

22.2. L'Indennizzo per la copertura assicurativa relativa al caso Morte non può eccedere il massimale di Euro 70.000,00 per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti di locazione finanziaria che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente al momento del Sinistro.

22.3. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Morte è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Cliente in relazione al Contratto di locazione finanziaria e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 23 – ESCLUSIONI PER IL CASO MORTE

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Morte causata da:

1. dolo dell'Assicurato;
2. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della Data di Decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
5. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
6. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
7. infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili verificatisi prima della Data di Decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
8. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, non presentava i requisiti di assicurabilità di cui al precedente art. 2.

Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia già corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente.

ART. 24 – RISCATTO

La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

ART. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO

25.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, il Cliente deve compilare l'apposito modulo di denuncia di Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso e copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura.

Nel caso in cui il Sinistro sia imputabile a morte violenta devono inoltre essere prodotti i seguenti documenti:

- copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia di eventuale referto autoptico.

Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

25.2. Gli aventi causa dell'Assicurato si impegnano a collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla presente polizza. Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE B

COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

ART.26 – OGGETTO

Nel caso in cui si verifichi un infortunio o una malattia dal quale derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale e Permanente di grado non inferiore al 60%, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 27, qualora:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la relativa copertura assicurativa è efficace, ai sensi del precedente art. 3;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo art. 28.
3. Il Cliente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

ART. 27 – INDENNIZZO PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

27.1. In caso di Invalidità Totale Permanente dovuta ad Infortunio o Malattia, di grado non inferiore al 60% intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari, al debito residuo attualizzato relativo alla locazione finanziaria oggetto del Contratto, comprensivo dei canoni, del prezzo di riscatto e degli interessi, che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di locazione finanziaria e il prezzo di riscatto pattuito nel Contratto di locazione finanziaria. Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi. Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data di denuncia del Sinistro e la data dell'Invalidità, vengono rimborsati dalla Società fino ad un massimo importo pari a 60 giorni di interessi.

27.2. L'Indennizzo per la copertura assicurativa relativa al caso Invalidità Totale Permanente non può eccedere il massimale di Euro 70.000,00 per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti di locazione finanziaria che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente al momento del Sinistro.

27.3. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Cliente in relazione al Contratto di locazione finanziaria e, per

le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART.28 – ESCLUSIONI PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Invalidità Totale Permanente dovuti a:

1. infortuni e malattie causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. infortuni e malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
3. infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
6. infortuni e malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
7. eventi determinati per effetto di qualsiasi infermità mentale;
8. applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
9. le conseguenze di infortuni e di situazioni patologiche avvenute antecedentemente alla data di decorrenza della copertura e già note in tale data all'Assicurato;
10. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
11. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 2 che precede.

ART. 29 – DENUNCIA DEL SINISTRO

29.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, il Cliente deve compilare l'apposito modulo di denuncia di Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;

- questionario del medico curante presente nel modulo di denuncia sinistro;
- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'invalidità totale permanente, il suo grado e la causa.

Nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento:

- verbale dei Carabinieri;
- verbale di Pronto Soccorso.

Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

29.2. L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla Polizza Convenzione. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

ART. 30 – OGGETTO

La Società si impegna a corrispondere al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 31 qualora:

1. si sia verificato un Sinistro consistente nel Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio e Malattia alla scadenza del Periodo di Carenza pari a 30 giorni;
2. il Sinistro sia avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa ai sensi del precedente art. 3;
3. il Sinistro non rientri in uno dei casi di esclusione di cui al successivo art. 32;
4. Il Cliente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

ART. 31 - INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

- 31.1. In caso di Sinistro, che si verifichi durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, dal quale derivi il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro, una somma pari al canone mensile dovuto dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario.
- 31.2. L'Indennizzo di cui al precedente paragrafo 31.1. non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di locazione finanziaria che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.
- 31.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad un canone mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
- 31.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 31.1, 31.2. e 31.3. è di n. 18 Indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.
- 31.5. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Cliente in relazione al Contratto di locazione finanziaria e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 32 - ESCLUSIONI PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Ricovero Ospedaliero dovuti a:

1. infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. infortuni o malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a

meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;

3. infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
6. infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
7. eventi determinati per effetto di qualsiasi infermità mentale;
8. applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
9. le conseguenze di infortuni, malattie e di situazioni patologiche avvenute antecedentemente alla data di decorrenza della copertura e già note in tale data all'Assicurato;
10. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale
11. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art.2 che precede. Nessun Indennizzo per Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto al Beneficiario se, con riferimento al medesimo periodo, la Società abbia corrisposto o corrisponda importi a titolo di Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia o per Cessazione di Attività.

ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO

33.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, il Cliente deve allegare al modulo di denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;

- certificato medico di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

33.2. Fermo restando quanto stabilito nel precedente art. 7, l'Assicurato, dovrà inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche necessarie da parte di persone di fiducia della Società, il cui costo sarà a totale carico della Società medesima.

ART. 34 - DENUNCE SUCCESSIVE

34.1. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

34.2. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società con la Polizza Convenzione relativamente alla copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente paragrafo 31.4.

SEZIONE D

ASSICURAZIONE PER IL CASO INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA

ART. 35 – OGGETTO

La Società si impegna a corrispondere al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 36 qualora:

1. il Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia sia avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa ai sensi del precedente art. 3;
2. il Sinistro non rientri in uno dei casi di esclusione di cui al successivo art. 37;
3. il Cliente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

ART. 36 - INDENNIZZO PER IL CASO INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA

36.1. Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 30 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro, una somma pari al canone mensile dovuto dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario.

36.2. L'Indennizzo di cui al precedente paragrafo 36.1. non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di locazione finanziaria che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.

36.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad un canone mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

36.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 36.1, 36.2. e 36.3. è di n. 12 indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n.24 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.

36.5. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Cliente in relazione al Contratto di locazione finanziaria e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 37 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITA TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da:

1. infortuni e malattie causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. infortuni e malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
3. infortuni e malattie causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
6. infortuni e malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
7. eventi determinati per effetto di qualsiasi infermità mentale;
8. applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
9. le conseguenze di infortuni e malattie relativi a situazioni patologiche avvenute antecedentemente alla data di decorrenza della copertura e già note in tale data all'Assicurato;
10. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
11. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art.2 che precede.

Nessun Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia sarà corrisposto al Beneficiario se, con riferimento al medesimo

periodo, la Società abbia corrisposto o corrisponda importi a titolo di Indennizzo per Ricovero Ospedaliero o per Cessazione di Attività.

ART. 38 - DENUNCIA DEL SINISTRO

38.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, il Cliente deve allegare al modulo di denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del sinistro);
- copia del certificato INPS di inabilità temporanea.

Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

38.2. Fermo restando quanto stabilito nel precedente art. 7, l'Assicurato dovrà inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche necessarie da parte di persone di fiducia della Società, il cui costo sarà a totale carico della Società medesima.

ART. 39 - DENUNCE SUCCESSIVE

39.1. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale relativi allo stesso Assicurato se non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

39.2. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società con la Polizza Convenzione relativamente alla copertura assicurativa per Inabilità temporanea Totale cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente paragrafo 41.4.

SEZIONE E

ASSICURAZIONE PER CESSAZIONE DI ATTIVITA'

ART. 40 – OGGETTO

La Società si impegna a corrispondere al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 41 qualora:

1. il Sinistro consistente nel sopravvenire della Cessazione di Attività del Cliente, sia avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa ai sensi del precedente art. 3;
2. il Sinistro non rientri in uno dei casi di esclusione di cui al successivo art. 42;
3. il Cliente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.
4. il Sinistro consistente nel sopravvenire della Cessazione di Attività del Cliente, sia avvenuto alla scadenza del Periodo di Carenza pari a 90 giorni;
5. la Società abbia accertato l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore del Beneficiario dell'Indennizzo di cui al successivo art. 41.

ART. 41 – INDENNIZZO IN CASO DI CESSAZIONE ATTIVITA'

41.1. Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi la Cessazione di Attività del Cliente, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza Convenzione, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo paragrafo 41.2, una somma pari al canone mensile, dovuto dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario.

41.2. L'Indennizzo di cui al precedente paragrafo 41.1 non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di locazione finanziaria che siano pendenti tra il Cliente e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.

41.3. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 41.1 e 41.2 è di n. 12 Indennizzi nel corso della durata della copertura assicurativa.

41.4. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Cessazione di Attività è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Cliente in relazione al Contratto di locazione finanziaria e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni da chiunque avanzate o promosse.

Art. 42 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI CESSAZIONE DI ATTIVITA'

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Cessazione Attività se:

1. la Cessazione di Attività sia dovuta alla Morte dell'Assicurato, per la quale sia operante la copertura assicurativa per il caso Morte;
2. alla Data di Decorrenza il Cliente era a conoscenza della prossima Cessazione di Attività o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato incluso, senza limite, l'esistenza di sospesi legali di qualsiasi tipo;
3. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta della volontà o di omissione dell'Assicurato o del Cliente;
4. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di un crimine o di una frode dell'Assicurato o del Cliente;
5. la Cessazione di Attività sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento dell'Assicurato.
6. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di un evento programmato (es.: scadenza del termine di una società o di una licenza o concessione; attività a carattere stagionale e/o temporaneo, ecc.);
7. l'Assicurato (Lavoratore Autonomo) abbia dichiarato nell'anno precedente rispetto a quello in cui si è verificata la Cessazione di Attività redditi da lavoro autonomo per un ammontare inferiore ad Euro 10.000,00 (dovrà aversi riguardo all'ultima dichiarazione dei redditi presentata prima dell'adesione alla presente polizza).
8. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di un provvedimento assunto dall'autorità giudiziaria, in relazione alla commissione di un reato; o
9. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di una sanzione comminata per responsabilità degli enti in relazione agli illeciti amministrativi dipendenti da reato, ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 recante *"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300"*
10. l'Assicurato abbia compiuto o superato 65 anni nel caso di Evento Straordinario provocato da problemi di salute.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal precedente art. 2.

Nessun Indennizzo per Cessazione di Attività sarà corrisposto al Beneficiario se, con riferimento al medesimo periodo, la Società abbia corrisposto o corrisponda importi a titolo di Indennizzo per Ricovero Ospedaliero o Inabilità Temporanea Totale.

ART. 43 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art.7, il Cliente deve allegare al modulo di denuncia la documentazione relativa all'Assicurato:

- copia del documento di identità dell'Assicurato;
- in caso di Cliente persona giuridica, la documentazione comprovante la Normale Attività Lavorativa svolta dalla Persona Designata per conto del Cliente persona giuridica;
- autorizzazione del Cliente: (i) al trattamento da parte della Società dei dati personali comuni e sensibili dell'Assicurato; (ii) a consentire le indagini e gli accertamenti da parte di agenti della Società il cui costo sarà integralmente a carico della Società;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta dalla Società ivi inclusa, a titolo esemplificativo:
 - documentazione comprovante il sopravvenuto stato di limitazione, inabilitazione, scomparsa dell'Assicurato;
 - documentazione comprovante il venir meno dell'autorizzazione necessaria ad esercitare l'attività svolta da parte del Cliente;
 - documentazione comprovante il venir meno dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato.

ART. 44 – DENUNCE SUCCESSIVE

44.1. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Cessazione di Attività o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Cessazione di Attività se, dal termine del

Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 60 giorni.

- 44.2. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società con la Polizza Convenzione relativamente alla copertura assicurativa per Cessazione di Attività cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente paragrafo 41.3.

“ Tutela Privacy ”

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n.

196

Finalità del trattamento dei dati

CACI Life Ltd. e CACI Non -Life Ltd. (ciascuna la “Società”), al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, deve disporre dei Suoi dati personali – compresi eventualmente anche quelli sensibili – e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati

La Società, senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati da parte della Società consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento la Società esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al terzo capoverso del presente paragrafo.

I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori della Società che svolgono compiti di natura tecnica-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo “ Finalità del trattamento dei dati ”.

I dati trattati dalla Società, potranno essere comunicati ad altri soggetti e da questi trattati esclusivamente:

- a. per le finalità di cui al paragrafo “ Finalità del trattamento dei dati ” (a mero titolo esemplificativo a: coassicuratori, riassicuratori, agenti e loro collaboratori, avvocati, medici, periti, organismi associativi di settore e soggetti coinvolti nel processo di valutazione del rischio etc.);
- b. per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: ISVAP, CONSAP, COVIP, UIC, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA etc.).

Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Decreto Legislativo 196/03 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi.

Titolare e responsabile/i del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono CACI Life Ltd. e CACI Non-Life Ltd., ciascuna con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda. Per ottenere ulteriori informazioni per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, può rivolgersi a CACI Life Ltd, in persona del Capo del Dipartimento Amministrativo, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dati clienti e marketing, domiciliato per la funzione presso la sede della Società in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

3.GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente che sia Lavoratore Autonomo ovvero la Persona Designata in caso di Cliente persona giuridica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** indica il Contraente che accetta. Solo in caso di estinzione anticipata del Contratto di locazione finanziaria e proseguimento della copertura assicurativa fino all'originale scadenza, Beneficiario sarà il Cliente salvo quanto previsto dalle norme di legge e regolamenti vigenti.
- **Cessazione Attività:** la cessazione, per il sopravvenire di un Evento Straordinario, della principale attività economica esercitata od organizzata dal Cliente (come inizialmente notificata dal Cliente a FGA Capital).
- **Cliente:** indica il Lavoratore Autonomo o la persona giuridica che abbia sottoscritto il Contratto di locazione finanziaria quale locatario/utilizzatore e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Contraente:** indica FGA CAPITAL SPA, con sede legale in Corso Giovanni Agnelli 200 –Torino, che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di locazione finanziaria:** indica il contratto di locazione finanziaria di durata massima pari a 72 mesi stipulato tra il Contraente (in qualità di “concedente”) e il Cliente, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito derivante dalla locazione finanziaria e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; ovvero (ii) la stipulazione del Contratto di locazione finanziaria (vale a dire il giorno in cui viene sottoscritto il verbale di consegna e constatazione del bene in leasing), sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione, sottoscritta dal Cliente che sia una persona fisica o dal rappresentante legale del Cliente (che sia una persona giuridica) e dalla Persona Designata contestualmente alla stipulazione del Contratto di locazione finanziaria.
- **Evento Straordinario:** (senza pregiudizio alle disposizioni previste dai paragrafi 2.1 e 2.2 delle condizioni generali di assicurazione) qualsiasi dei seguenti eventi:
Nel caso in cui il Cliente sia una persona giuridica, la sopravvenuta interdizione, inabilitazione, scomparsa della Persona Designata, dove :
 - (i) la Persona Designata sia un azionista e direttore della Società del Cliente; o
 - (ii) la Persona Designata sia l'amministratore unico della Società del Cliente; o
 - (iii) la Persona Designata sia il solo dipendente, all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti;
 - La revoca (per qualsiasi ragione) dell'autorizzazione del Cliente a svolgere la sua principale attività;
 - L'incapacità dell'Assicurato di corrispondere ai requisiti professionali richiesti per lo svolgimento della sua professione; e/o
 - Il venir meno per l'Assicurato della sussistenza di determinati requisiti professionali richiesti per l'esercizio della propria professione e/o per l'iscrizione all'albo di appartenenza (es. avvocati, commercialisti, architetti, ecc.).Nessuna delle situazioni sopra riportate viene considerata come Evento Straordinario se :
 - (i) l'Assicurato o il Cliente interrompono intenzionalmente la suddetta attività; o
 - (ii) ogni volontario atto di omissione dell'Assicurato o del Cliente causa la cessazione, l'interruzione o il danneggiamento della suddetta attività in qualsiasi modo; o
 - (iii) è collegato, in qualsiasi modo, alla commissione di un crimine; o
 - (iv) deriva dall'incapacità dei debitori del Cliente di pagare i debiti nel momento dovuto o dall'insolvenza degli stessi debitori.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli Artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente al Cliente prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **Inabilità Temporanea Totale:** indica la perdita temporanea, a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Sono inoltre parificati agli Infortuni:
 1. l'asfissia non di origine morbosa;
 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 3. l'assideramento o il congelamento;
 4. i colpi di sole o di calore;
 5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
 7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 8. l'annegamento;
- **Invalidità Totale Permanente:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio o Malattia, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.
- **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **Lavoratore Autonomo:** indica la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente alla data di sottoscrizione della presente polizza, che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo) e 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento dell'adesione alla presente polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i collaboratori a progetto.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Ricovero Ospedaliero, dell'Inabilità Temporanea Totale e della Cessazione di Attività ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative per Ricovero Ospedaliero e Cessazione di Attività, non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** indica il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Sinistro per Ricovero Ospedaliero, indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualficazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero, di Inabilità Temporanea Totale o Cessazione di Attività, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività prima di

poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale o Cessazione di Attività.

- **Persona Designata:** indica, nel caso di Cliente persona giuridica, il dipendente o la persona fisica con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente, citata nella dichiarazione di adesione come assicurato.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nella Dichiarazione di Adesione sottoscritta dal Cliente, dovuta alla Società a fronte della copertura assicurativa.
- **Ricovero Ospedaliero:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life Limited; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Cessazione di Attività CACI Non-Life Limited.

4.DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA CPI LEASING FACSIMILE
POLIZZE COLLETTIVE N. 1049.10.21.127.01 (CACI LIFE LTD) E N. 1049.10.21.127.02 (CACI NON-LIFE LTD) (DI SEGUITO LA "POLIZZA")

Contratto di locazione finanziaria N.....

Il Sottoscritto Cognome Nome/Società..... nato a..... Prov..... il.....
(solo per Cliente persona fisica) residente/sede sociale, Via/Piazza.....n° CAP.....,
Cod. Fiscale/P.Iva.....

PRESO ATTO CHE:

- FGA CAPITAL S.p.A. (di seguito il "Contraente") ha stipulato per conto della propria Clientela con CACI Life Ltd e CACI Non-Life Ltd (di seguito ciascuna, la "Società") una Polizza cui possono aderire i Clienti che hanno stipulato un Contratto di locazione finanziaria con il Contraente;
- Tale Polizza a premio unico copre i seguenti eventi che dovessero verificarsi in capo all'Assicurato:
A) Assicurazione per il caso Morte; B) Assicurazione per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia; C) Assicurazione per il caso Ricovero Ospedaliero; D) Assicurazione per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia; E) Assicurazione per il caso Cessazione di Attività.

DICHIARA DI AVER:

- ricevuto e preso preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione, del Glossario e del facsimile della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

Luogo data..... **Firma Assicurato/Persona designata**
Firma Legale Rappresentante.....
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

DICHIARA:

- di aderire alla Polizza sopra indicata, corrispondendo un premio unico anticipato totale pari a €.....di cui imposte pari a €.....e costi a carico dell'Assicurato/commissioni percepite dal Contraente pari a €.....
- di essere a conoscenza che in caso di estinzione integrale anticipata del contratto di locazione finanziaria le coperture assicurative cessano di avere efficacia e in tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione e che tratterà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- di autorizzare il Contraente ad addebitare l'importo del Premio di cui sopra, contestualmente all'addebito delle rate previste dal Contratto di locazione finanziaria e con le stesse modalità, nonché a trasmettere alla Società le informazioni, contenute nel Contratto di locazione finanziaria, necessarie per l'esecuzione e gestione delle coperture assicurative di cui alla Polizza;

DICHIARA INOLTRE di aver identificato, in accordo con la Società, la "Persona Designata" in qualità di Assicurato:

Sig.....nato il

[solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica]

- che la Persona Designata sopra nominata o l'Assicurato in caso di Cliente persona fisica:

- è in buono stato di salute, non è affetta da malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato e non è stata assente, nei precedenti 12 mesi, dalla normale attività lavorativa per più di 60 giorni consecutivi a causa di malattia o infortunio;
- ha un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti;
- ha prestato il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'Articolo 1919 c.c.

Qualora il Cliente/Persona Designata lo ritenesse necessario, potrà sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

PRIMA DI FIRMARE QUESTA DICHIARAZIONE VI INVITIAMO A VERIFICARE CON ATTENZIONE CHE QUANTO DICHIARATO SIA CORRETTO. QUALSIASI ERRORE O OMISSIONE POTREBBE INVALIDARE LA PRESENTE SCHEDA E RENDERE INEFFICACI LE COPERTURE ASSICURATIVE.

Luogo data..... **Firma Assicurato/Persona designata**
Firma Legale Rappresentante.....
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della informativa "Tutela Privacy" ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 196/2003. Il sottoscritto esprime il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati personali a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza nonché per il trasferimento all'estero dei dati, ivi compresi dati sensibili, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

Luogo data..... **Firma Assicurato/Persona designata**
Firma Legale Rappresentante.....
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il sottoscritto, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del c.c., approva espressamente le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:- art. 2 Modalità e limiti di adesione - art. 3 - Decorrenza e durata delle coperture assicurative; art. 7 - Oneri dell'Assicurato in caso di Sinistro; art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; art.14 - Recesso dell'Assicurato; art. 18 - Cessione dei diritti; art. 20 - Controversie di natura medicale; - art. 23 - Esclusioni per il caso morte; art. 25 - Denuncia del Sinistro; art. 28 - Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia; art. 29 - Denuncia del sinistro; art. 32 - Esclusioni per il caso di Ricovero Ospedaliero; art. 33 - Denuncia del sinistro; art. 34 - Denunce successive; art. 37 - Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia; art. 38 - Denuncia del sinistro; art. 39 - Denunce successive; art.42- Esclusioni per il caso Cessazione di Attività; art. 43- Denuncia del Sinistro; art. 44 Denunce successive.

Luogo data..... **Firma Assicurato/Persona designata**
Firma Legale Rappresentante.....
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)