
Contratto di Creditor Protection a Premio Unico FGA Capital Retail Facilissimo

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 gennaio 2011)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive N. 1054.10.21.132.01 (CACI Life Limited) e N. 1054.10.21.132.02 (CACI Non-Life Limited) denominate "CPI RETAIL FACILISSIMO" 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 Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; ovvero (ii) in caso di estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; o (iii) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato; o (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età

(limitatamente alla copertura assicurativa Perdita di Impiego al raggiungimento del 65esimo anno di età); o (v) in caso di pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso e Invalidità Totale Permanente. 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** (operante per tutti gli Assicurati);
- B) Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio** (operante per tutti gli Assicurati);
- C) Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego** (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori dipendenti di Ente Privato);
- D) Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero** (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Non Lavoratori);
- E) Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia** (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori autonomi).

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** (operante per tutti gli Assicurati)

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 in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data. Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso dell'Assicurato e la data di denuncia del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo pari a 60 giorni di interessi. **Avvertenza:** La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 50.000,00. 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** (operante per tutti gli Assicurati)

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da infortunio 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 in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data. 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. **Avvertenza:** La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 50.000,00. Si rinvia all'art. 27 (Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art.28 (Esclusioni per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

- C) Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego** (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori dipendenti di Ente Privato)

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale derivi la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 90 giorni di Franchigia Assoluta per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) dovuta dal Cliente al Contraente in tale periodo 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. E' altresì prevista una Franchigia Assoluta di 90 giorni. L'indennizzo mensile non può eccedere il massimale di Euro 1.500,00. 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 Perdita di Impiego) e all'art.32 (Esclusioni per il caso Perdita di Impiego) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

D) Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Non Lavoratori)

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 previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) dovuta 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 1.500,00. 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. 36 (Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero) e all' art. 37 (Esclusioni per il caso Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

E) Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori autonomi)

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 60 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) dovuta 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 per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Assoluta di 60 giorni. L'Indennizzo non potrà eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 1.500,00. 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. 41 (Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia) e all'art.42 (Esclusioni per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior 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 dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso di premio lordo totale corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di

Finanziamento per l'importo del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento (inclusa la Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro). Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Tasso di premio lordo per garanzie: Morte e Invalidità Totale Permanente	Tasso di premio lordo per garanzie: Ricovero Ospedaliero, Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale	Tasso di premio lordo totale
6-12 mesi	2,31%	0,39%	2,70%
18-24 mesi	2,99%	0,51%	3,50%
30-36 mesi	3,42%	0,58%	4,00%

I costi a carico dell'Assicurato 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 35,50%.

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
24 mesi	€ 8.000	€ 278,98	€ 99,04

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

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento, 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 Finanziamento, 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 finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento) 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

6.1 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 35,50%. 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 recepite 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 (La copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego è prestata fino ai 65 anni non compiuti). **Si rinvia all'art.2 (Modalità e limiti di adesione) e art. 3 (Decorrenza e durata delle coperture assicurative) 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 Convenzione 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 potrebbero 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

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized initial 'M' followed by a long horizontal stroke.

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive N. 1054.10.21.132.01 (CACI Life Ltd) e N. 1054.10.21.132.02 (CACI Non-Life Ltd) denominate "CPI RETAIL FACILISSIMO" 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, è determinato ai sensi dell'art. 27 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Perdita di Impiego, è determinato ai sensi dell'art. 31 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Ricovero Ospedaliero, è determinato ai sensi dell'art. 36 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia, 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, Perdita di Impiego, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia), sono esclusivamente quelle risultanti dalla Dichiarazione di Adesione.

1.3 In ogni caso, per ciascun Assicurato, la copertura assicurativa non sarà efficace nel caso in cui:

- al verificarsi del Ricovero Ospedaliero, l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico; ovvero
- al verificarsi della Perdita di Impiego, l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Non Lavoratore; ovvero
- al verificarsi dell'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia, l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Non Lavoratore.

In tali casi, quindi, nulla sarà dovuto dalla Società al Beneficiario per i titoli di cui sopra.

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 Finanziamento e abbia sottoscritto (eventualmente insieme alla Persona Designata) la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto di Finanziamento;
 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 limitatamente ai Clienti Lavoratori Dipendenti, Lavoratori Autonomi o nel caso di Cliente persona giuridica, 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 (limitatamente alla copertura assicurativa Perdita di Impiego al raggiungimento del 65esimo anno di età); Si specifica che, nel caso in cui il Cliente persona fisica (o nel caso di Cliente persona giuridica, la Persona Designata) non presenti tutti i requisiti richiesti di cui al presente art. 2 (oltre alla accettazione, per la Persona Designata, della copertura assicurativa sulla propria vita), tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.
Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un'apposita visita medica.
- 2.2. Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale

persona le condizioni di assicurabilità di cui al precedente paragrafo 2.1.

ART. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art.5.

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

- (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
- (ii) in caso di estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
- (iii) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato;
- (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età (limitatamente alla copertura assicurativa Perdita di Impiego al raggiungimento del 65esimo anno di età);
- (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

Resta inteso che in caso di estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento, 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 Finanziamento 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 FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, 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, la Società, su richiesta del Cliente espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento, 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 delle rate mensili sarà quello risultante 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 dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.
- 5.2. La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso di premio lordo totale corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per l'importo del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento (inclusa Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro).

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Tasso di premio lordo per garanzie: Morte e Invalidità Totale Permanente	Tasso di premio lordo per garanzie: Ricovero Ospedaliero, Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale	Tasso di premio lordo totale
6-12 mesi	2,31%	0,39%	2,70%
18-24 mesi	2,99%	0,51%	3,50%
30-36 mesi	3,42%	0,58%	4,00%

ART. 6 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

- 6.1. Qualora, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato modifichi la propria posizione lavorativa, (nel senso che da Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato o viceversa), la copertura assicurativa sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata una copertura assicurativa corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente, la copertura assicurativa che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione sarà sempre quella corrispondente alla posizione lavorativa (di Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del Sinistro.
- 6.2. L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore e, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato, ha diritto all'Indennizzo per Perdita di Impiego solo nel caso in cui lo stato di Disoccupazione sopravvenga dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di almeno 180 giorni consecutivi dalla data in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente di un Ente Privato.
- 6.3. L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato e, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale solo se il sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dalla data in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.
- 6.4. L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato e, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, diventi Non Lavoratore ha diritto all'indennizzo per Ricovero Ospedaliero solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dalla data in cui l'Assicurato sia diventato un Non Lavoratore.

- 6.5. L'Assicurato che sia Non Lavoratore e, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale solo se il sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dalla data in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.

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

- 7.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato in caso di Cliente persona fisica o i suoi aventi causa ovvero la Persona Designata (in caso di Cliente persona giuridica) devono 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, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono 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, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono 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 Perdita di Impiego, al successivo art. 38 per il caso di Ricovero Ospedaliero e al successivo art. 43 per il caso Inabilità Temporanea Totale.

- 7.3. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Ricovero Ospedaliero, Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti, 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 all'Assicurato o agli aventi causa 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 dell'Assicurato, 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

verificarsi 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 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: customer-care.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 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 Ricovero Ospedaliero, Perdita di Impiego 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

L'Assicurato 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 l'Assicurato 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. gli 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 in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) che, al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data. Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso e la data di denuncia del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo pari a 60 giorni di interessi.
- 22.2. L'Indennizzo per la copertura assicurativa relativa al caso Morte non può eccedere il massimale di Euro 50.000,00 per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento 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 Finanziamento 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, 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, gli aventi causa dell'Assicurato devono compilare l'apposito modulo di denuncia di Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:
- copia di un documento di identità;
 - 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

ART.26 – OGGETTO

Nel caso in cui si verifichi un infortunio 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. l'Assicurato 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

- 27.1. In caso di Invalidità Totale Permanente dovuta ad Infortunio, 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 in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), risultante alla data di accertamento dell'Invalidità, che al momento dell'accertamento dell'Invalidità il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate alla data di accertamento dell'invalidità generata dall'infortunio. 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 50.000,00 per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento 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 Finanziamento 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

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

1. infortuni 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 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 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 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, 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, l'Assicurato deve compilare l'apposito modulo di denuncia di Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:
- copia di un documento di identità;
 - 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 PERDITA DI IMPIEGO

ART. 30 – OGGETTO

Nel caso di Perdita di Impiego, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 31 qualora:

1. il Sinistro, consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa nei termini di cui al precedente art. 3, si sia verificato.
2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità o in cassa integrazione guadagni straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 90 giorni;
3. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo art. 32.
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

ART. 31 – INDENNIZZO PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO

- 31.1. Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale derivi la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 90 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), dovuta dal Cliente al Contraente in tale periodo secondo il Piano di Ammortamento Originario.
- Nel caso in cui il Cliente dovesse ricorrere al rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Perdita di Impiego, secondo i termini e le condizioni di cui alla Polizza Convenzione, a condizione che il diritto all'Indennizzo sia sorto nel periodo compreso fra la data della richiesta iniziale di finanziamento e la data della successiva richiesta di rifinanziamento.
- 31.2. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato ed il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 1.500,00.
- 31.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.
- 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 Perdita di Impiego 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 Finanziamento 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.

le indagini e gli accertamenti necessari che saranno svolti tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART. 32 – ESCLUSIONI PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Perdita di Impiego se:

1. l'Assicurato, fatta eccezione per quanto previsto all'art. 6 nel caso di modifica della posizione lavorativa, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo e con contratto a tempo indeterminato per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
2. alla Data di Decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
4. l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
5. la Perdita di Impiego è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di collaborazione a progetto o se l'Assicurato era in periodo di prova;
6. l'Assicurato non è iscritto nelle liste di collocamento, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
7. la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero;
8. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
9. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
10. il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana; in tal caso il lavoratore dipendente di Ente Privato sarà equiparato al Lavoratore Autonomo, quindi non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di Impiego ma la copertura Inabilità Temporanea Totale;

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

Nessun Indennizzo per Perdita di Impiego 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 da Infortunio o Malattia.

ART. 33 – DENUNCIA DEL SINISTRO

33.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia di Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento o documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro o della lettera di messa in mobilità o in cassa integrazioni guadagni straordinaria;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione alle liste di collocamento o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella cassa integrazione guadagni straordinaria e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di mobilità o di cassa integrazione guadagni straordinaria;
- copia dell'ultima busta paga.

33.2. L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla Polizza Convenzione. L'Assicurato deve consentire alla Società

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

- 34.1. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni consecutivi durante il quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il periodo di prova.
- 34.2. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Perdita di Impiego cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente paragrafo 31.4.

SEZIONE D ASSICURAZIONE PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

ART. 35 – OGGETTO

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

1. si sia verificato un Sinistro consistente nel Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o 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. 37;
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

ART. 36 – INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

36.1. 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 alla Rata Mensile comprensiva di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario. Nel caso in cui il Cliente dovesse ricorrere al rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero, secondo i termini e le condizioni di cui alla Polizza Convenzione, a condizione che il diritto all'Indennizzo sia sorto nel periodo compreso fra la data della richiesta iniziale di finanziamento e la data della successiva richiesta di rifinanziamento.

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 Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 1.500,00.

36.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata 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.

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. 18 Indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.

36.5. 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 Finanziamento e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampliamente 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 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, 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, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal precedente art. 2.

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 Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia.

ART. 38 – DENUNCIA DEL SINISTRO

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

- copia di un documento di identità;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;

- 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.

38.2. Fermo restando quanto stabilito nel precedente art. 7, l'Assicurato, ai fini del suo diritto al pagamento dell'Indennizzo, 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 Ricovero Ospedaliero, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riquilificazione pari a 30 giorni, 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 Ricovero Ospedaliero cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente paragrafo 36.4.

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

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 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. 42;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.
4. il Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato, a seguito di Malattia, sia avvenuto alla scadenza del Periodo di Carenza pari a 30 giorni.

ART. 41 – INDENNIZZO PER IL CASO INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA

41.1. Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un infortunio o malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicamente accertata a svolgere la propria attività lavorativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro, una somma pari alla Rata Mensile comprensiva di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario. Nel caso in cui il Cliente dovesse ricorrere al rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale, secondo i termini e le condizioni di cui alla Polizza Convenzione, a condizione che il diritto all'Indennizzo sia sorto nel periodo compreso fra la data della richiesta iniziale di finanziamento e la data della successiva richiesta di rifinanziamento.

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 Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 1.500,00.

41.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 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.

41.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 41.1, 41.2. e 41.3. è di n. 18 Indennizzi nel corso della durata della copertura assicurativa.

41.5. 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 Finanziamento 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 INABILITÀ 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 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 e malattie relative 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, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal precedente art. 2.

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 Perdita di Impiego o Ricovero Ospedaliero.

ART. 43 – DENUNCIA DEL SINISTRO

43.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- 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;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del sinistro.

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

43.2. Fermo restando quanto stabilito nel precedente art. 7, l'Assicurato, ai fini del suo diritto al pagamento dell'Indennizzo, 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. 44 – DENUNCE SUCCESSIVE

44.1. 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 Riquilificazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

44.2. 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.

“ 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 persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione ovvero la Persona Designata in caso di Cliente persona giuridica.
- **Beneficiario:** indica il Contraente che accetta. Solo in caso di estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento e proseguimento della copertura assicurativa fino all'originale scadenza, Beneficiario sarà il Cliente salvo quanto previsto dalle norme di legge e regolamenti vigenti.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica o giuridica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento 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 Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento con il quale il Contraente concede in prestito al Cliente una somma di importo massimo pari ad Euro 50.000,00 (cinquantamila), che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata compresa tra 6 e 36 mesi, eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della 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) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, 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 sottoscrizione del Contratto.
- **Disoccupazione:** indica lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, nel caso in cui:
 - i) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
 - ii) sia iscritto nelle liste di collocamento in Italia (o sia iscritto in elenchi anagrafici sostitutivi delle stesse con lo status di disoccupato), o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o di cassa integrazione guadagni straordinaria.
- **Ente Privato:** indica ogni soggetto giuridico che non sia un Ente Pubblico.
- **Ente Pubblico:** indica ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **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 maleore 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, 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.
- **Lavoratore Dipendente:** indica la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi previsti dal D.P.R. 22.12.1986 n. 917, all'art. 47, comma 1, lettere: a) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
- **Non Lavoratore:** indica la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente assunto a tempo indeterminato. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo i pensionati, le casalinghe, il Lavoratore Dipendente assunto a tempo determinato e il lavoratore con contratto di lavoro dipendente comportante un obbligo di prestazione inferiore a 16 ore settimanali.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima dello stato di Inabilità o dello stato di Disoccupazione, 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.
- **Perdita di Impiego:** indica la perdita involontaria del posto di lavoro da parte di un Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, che generi uno stato di Disoccupazione.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative per Perdita di Impiego, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia, non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego 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 Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero, di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale, 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, Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale.
- **Persona Designata:** indica, nel caso di Cliente persona giuridica, la persona fisica designata dal Legale rappresentante del Cliente persona giuridica che sottoscrive per conto di quest'ultimo la Dichiarazione di Adesione e in relazione alla quale sono determinati gli eventi assicurati.
- **Piano di Ammortamento Originario:** indica il piano di ammortamento del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento calcolato in base all'importo finanziato, alla durata e al tasso stabilito alla data di sottoscrizione del Contratto di Finanziamento.
- **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, Perdita di Impiego, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale CACI Non-Life Limited.

4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA CPI RETAIL FACILISSIMO FAC-SIMILE
POLIZZE COLLETTIVE N° 1054.10.21.132.01 (CACI LIFE LTD) E N° 1054.10.21.132.02 (CACI NON-LIFE LTD) (DI SEGUITO LA "POLIZZA")

Contratto di Finanziamento 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 Finanziamento 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; C) Assicurazione per il caso Perdita di Impiego; D) Assicurazione per il caso Ricovero Ospedaliero; E) Assicurazione per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia.

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.

Luogodata..... **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 finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento 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 Finanziamento e con le stesse modalità, nonché a trasmettere alla Società le informazioni, contenute nel Contratto di Finanziamento, 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 all'adesione 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 SCHEDE E RENDERE INEFFICACI LE COPERTURE ASSICURATIVE.

Luogodata..... **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.

Luogodata..... **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. 6 - Modifica della posizione lavorativa; 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 medica; - art. 23 - Esclusioni per il caso morte; art. 25 - Denuncia del Sinistro; art. 28 - Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio; art. 29 - Denuncia del sinistro; art. 32 - Esclusioni per il caso di Perdita di Impiego; art. 33 - Denuncia del sinistro; art. 34 - Denunce successive; art. 37 - Esclusioni per il caso di Ricovero Ospedaliero; art. 38 - Denuncia del sinistro; art. 39 - Denunce successive; art.42- Esclusioni per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia; art. 43- Denuncia del Sinistro; art. 44 Denunce successive.

Luogodata..... **Firma Assicurato/Persona designata**

Firma Legale Rappresentante

(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)