

DICHIARAZIONE DI ADESIONE – FGA LEASING

Il Sottoscritto: _____

Nato a _____ Prov _____ il ____/____/____

Cod. Fiscale _____

Residente a _____ Prov _____

CAP _____ Via/Piazza _____

[VALIDO SOLO PER IL CASO IN CUI L'ADERENTE SIA UNA PERSONA GIURIDICA] e nella sua qualità di legale rappresentante della società

_____ ,
con sede in _____, Via _____,

Nato a _____ Prov _____ il ____/____/____

Cod. Fiscale _____

Residente a _____ Prov _____

CAP _____ Via/Piazza _____

titolare del Contratto di Leasing n° _____ del _____

preso atto che:

- FGA CAPITAL S.p.A. (di seguito la “**Società**”) ha stipulato con CACI Life Ltd e CACI Non –Life Ltd con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda (di seguito, ciascuna, la “**Compagnia**”), la polizza assicurativa n. 1001.10.21.78.01 e n. 1001.10.21.78.02, (di seguito, la “**Polizza Assicurativa**”) cui possono aderire i clienti che hanno stipulato un contratto di Leasing con la Società; e
- le coperture assicurative coprono i seguenti eventi che dovessero verificarsi in capo ad uno o più Assicurati: **A) Assicurazione per il caso di Morte; B) Assicurazione per il caso Cessazione di Attività; B) Assicurazione per il caso di Ricovero Ospedaliero ; C)Assicurazione per il caso di Inabilità Temporanea Totale.**

DICHIARA:

1. di aderire alla Polizza Assicurativa al costo di Euro _____;
2. di autorizzare la Società ad addebitare l'importo del premio di cui sopra pari ad Euro _____, contestualmente all'addebito dei canoni previsti dal Contratto di Leasing e con le stesse modalità, nonché a trasmettere alla Compagnia le informazioni, contenute nel Contratto di Leasing, necessarie per l'esecuzione e gestione delle coperture assicurative di cui alla Polizza Assicurativa;
3. di aver ricevuto e letto copia delle Condizioni Generali di assicurazione e della Nota Informativa relative alla Polizza Assicurativa;

DICHIARA INOLTRE : [VALIDO SOLO PER IL CASO IN CUI L'ADERENTE SIA UNA PERSONA FISICA]

4. di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato e di non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio;
5. di avere per il caso Morte, per il caso Ricovero Ospedaliero e per il caso Cessazione di Attività, un' età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti e non superiore al limite massimo di 75 anni non compiuti, alla scadenza della Polizza Assicurativa;
6. di avere per il solo caso Inabilità Temporanea Totale, un' età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti e non superiore al limite massimo di 65 anni non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa.
7. di aver percepito redditi da lavoro autonomo nell'esercizio precedente a quello relativo alla data della presente sottoscrizione.

DICHIARA INOLTRE : [VALIDO SOLO PER IL CASO IN CUI L'ADERENTE SIA UNA PERSONA GIURIDICA]

8. di aver identificato, d'accordo con la Società, la "Persona Designata" nel

Sig. _____, nato il ___/___/_____;

9. di aver preso conoscenza e di accettare che, in caso di decesso della Persona Designata, il pagamento dell'indennizzo da parte della Compagnia comporti, con effetto dalla stessa data, l'estinzione anticipata del Contratto di Leasing;

10. che la Persona Designata sopra nominata:

- 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, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio; e
- ha per il caso Morte e per il caso Ricovero Ospedaliero e per il caso Cessazione di Attività, un' età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti e non superiore al limite massimo di 75 anni, non compiuti, alla scadenza della Polizza Assicurativa; e
- ha per il solo caso Inabilità Temporanea Totale un' età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti e non superiore al limite massimo di 65 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa;
- svolge la propria Normale Attività Lavorativa con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente o sia il solo dipendente all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti.

Ai fini dell'adesione alla Polizza Assicurativa, la Persona Designata esprime il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 1919 c.c..

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

Luogo _____

data ___/___/_____

Firma Aderente _____

Firma Persona Designata _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della "informativa" ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 196/2003. Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, di cui al Contratto di Leasing e necessari all'esecuzione della copertura assicurativa di cui alla Polizza da parte della Compagnia nonché alla loro comunicazione ai soggetti di cui ai punti 5.a), b), c) dell'informativa nell'ambito territoriale di cui al punto 7 dell'informativa e limitatamente alle finalità di cui all'art. 1.a) della medesima informativa. Il consenso è dato ai soli fini inerenti all'esecuzione della copertura assicurativa, inclusa la gestione e la liquidazione di eventuali sinistri, nonché per l'esecuzione di obblighi di legge. Il sottoscritto è informato che il rifiuto di fornire i dati di cui sopra o di autorizzarne il trattamento e la trasmissione implica l'impossibilità di aderire alla Polizza.

do il consenso

do il consenso

nego il consenso

nego il consenso

Data ___/___/_____

Data ___/___/_____

Firma Aderente _____

[VALIDO SOLO PER IL CASO IN CUI L'ADERENTE SIA UNA PERSONA GIURIDICA]

Firma Persona Designata _____

NOTA INFORMATIVA

RELATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE N.° 1001.10.21.78.01 (CACI LIFE LTD) E N. 1001.10.21.78.02 (CACI NON LIFE LTD) DENOMINATE "FGA LEASING" STIPULATE TRA FGA CAPITAL SPA E CACI (di seguito "POLIZZA CONVENZIONE")

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Si precisa inoltre che (i) la presente Nota informativa contiene altresì 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.

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 SUL 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 Credit Agricole S.A.. La società capogruppo è Credit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: + 353 1 603 96 37
- Indirizzo e-mail: Relazionicienti@ca-caci.ie

CACI Life Ltd e CACI Non -Life Ltd (precedentemente denominate Finaref Life Ltd e Finaref Insurance Ltd, ciascuna la "Società") sono regolarmente autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita e nel ramo danni e sono soggette al controllo dell'Irish Financial Services Regulatory Authority. Le Società operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

Alla data di redazione della presente Nota Informativa, le Società sono soggette a revisione contabile da parte della società di revisione: Ernst & Young - Chartered Accountants, Ernst & Young Building, Harcourt Centre, Harcourt Street, Dublin 2, Irlanda.

2. 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 dei Contratti, 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 dei Contraenti.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

Per poter aderire alla presente Polizza Convenzione, l'Assicurato dovrà avere per il caso Morte, per il caso Ricovero Ospedaliero e per il caso Cessazione d'Attività, un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non superiore al limite massimo di 75 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa; l'Assicurato dovrà avere, per il caso Inabilità Temporanea Totale, un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non superiore al limite massimo di 65 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa.

3.1 Durata della Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione entra in vigore dal 1 Luglio 2009 e sarà efficace fino al 30 Giugno 2010. Successivamente a tale data, la Polizza Convenzione si intenderà tacitamente prorogata per periodi di 1 anno ciascuno, salvo disdetta di una delle parti, da comunicare all'altra parte via lettera raccomandata almeno 3 mesi prima della data di scadenza.

Resta inteso fra le Parti che la disdetta non pregiudica la validità delle coperture assicurative che siano state attivate prima della data di efficacia della disdetta, le quali verranno corrisposte nei tempi e con le modalità di seguito previste per ciascuna copertura assicurativa.

3.2. Durata delle singole adesioni

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto e decorrono dalle ore 24 del giorno in cui la Dichiarazione di Adesione viene sottoscritta dall'Assicurato o, se successiva, della data di sottoscrizione del Contratto (vale a dire il giorno in cui viene sottoscritto il verbale di consegna e constatazione del bene in leasing), a condizione che:

1. il Premio sia stato pagato dal Contraente (altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio); e
2. il Cliente persona fisica o nel caso di Cliente persona giuridica, la Persona Designata presenti i requisiti previsti al punto 6.2.1 che segue.

Le coperture assicurative di cui alla presente Polizza cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto come ivi prevista ovvero (ii) all'estinzione anticipata della locazione finanziaria oggetto del Contratto; o (iii) alla risoluzione anticipata del Contratto, anche per inadempimento dell'Assicurato; (iv) all'ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico e comunque al raggiungimento del 75esimo anno di età per le garanzie Caso Morte, Ricovero Ospedaliero e Cessazione d'Attività; al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 65esimo anno di età per la garanzia Inabilità Temporanea Totale; (v) al pagamento del capitale assicurato nel caso di morte dell'Assicurato; (vi) alla data di Cessazione dell'Attività dell'Assicurato.

Resta inteso che in caso di rimborso anticipato del finanziamento oggetto del Contratto il Cliente avrà la facoltà di ricevere da parte del Contraente il rateo di Premio relativo al residuo periodo di copertura assicurativa, comprensivo delle spese inerenti al medesimo rateo di Premio, al netto delle imposte di legge.

3.3 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione, descritta nella presente Nota informativa, è un programma completo che prevede prestazioni assicurative sia in caso di decesso dell'Assicurato sia in caso di cessazione di attività, di inabilità temporanea totale e di ricovero ospedaliero. L'adesione alla Polizza Convenzione si realizza attraverso la compilazione e sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione. Il perfezionamento dell'adesione si verifica secondo le modalità di cui al punto 6.2.1 che segue.

La Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative:

Coperture assicurative:

- A) Copertura assicurativa per il caso Morte**
- B) Copertura assicurativa per il caso di Cessazione di Attività**
- C) Copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero**
- D) Copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale**

Operatività delle coperture assicurative

Si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni ed avvertenze relative alla compilazione della Dichiarazione di Adesione.

Descrizione della prestazioni assicurative per ciascuna copertura

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

A) Assicurazione per il caso di Morte

La Società, in caso di decesso dell'Assicurato intervenuto durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari alla somma dei:

- canone complessivo di locazione finanziaria - attualizzato secondo quanto previsto dal Contratto - che, al momento del verificarsi del Sinistro, l'Assicurato deve ancora corrispondere al Contraente ai sensi del Contratto, dal quale sarà dedotto l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati alla data del Sinistro aumentato degli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi; e del
- "prezzo di riscatto" inizialmente pattuito nel Contratto.

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

1. **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;**
2. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
3. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
4. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;**
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 dell'Assicurato 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;**
8. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).**

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 successivo articolo 6.2.1.

L'Indennizzo per la copertura assicurativa relativa al caso Morte non può eccedere il massimale di Euro 70.000 (settantamila) per ciascun Assicurato in relazione a tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente al momento del sinistro. Si conviene che il 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 ai sensi del Contratto 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 ed azioni da chiunque avanzate o promosse. La presente copertura assicurativa non ammette il riscatto delle somme assicurate.

B) Assicurazione per il caso di Cessazione di Attività

L'Indennizzo che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per il caso di Cessazione di Attività, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari al canone mensile, dovuta dal Cliente al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto.

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

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

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 canoni mensili.

L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.500.

In caso di liquidazione di un Indennizzo per Cessazione di Attività dovuta ad Evento Straordinario, il successivo Sinistro per la stessa motivazione sarà liquidato solo se sia trascorso il Periodo di Riqualificazione di 60 giorni.

Nessun Indennizzo per Cessazione di Attività sarà corrisposto al Beneficiario se, con riferimento al medesimo periodo, la Società abbia corrisposto o corrisponda all'Assicurato importi a titolo di Indennizzo per Ricovero Ospedaliero o 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 successivo articolo 6.2.1.

C) Assicurazione per il caso di Ricovero Ospedaliero

L'Indennizzo che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per il caso di Ricovero Ospedaliero intervenuto durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari al canone mensile dovuto dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Ricovero Ospedaliero causati da:

1. le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di Decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
2. infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questa si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
3. infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
4. infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
5. infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
6. infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
7. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
8. infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
10. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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 efficacia della copertura assicurativa;
11. qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
12. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
13. mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari ad Euro 2.500.

Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari ad un canone mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata a corrispondere è di 18 Indennizzi mensili nel corso della durata di ciascuna copertura assicurativa.

Nessun Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto al beneficiario se, con riferimento al medesimo periodo, la Società abbia corrisposto o corrisponda all'Assicurato importi a titolo di Indennizzo per Cessazione di Attività o 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 successivo Art. 6.2.1.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, ovvero di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia che ha causato il Sinistro precedente.

D) Assicurazione per il caso di Inabilità Temporanea Totale

Nel caso in cui si verifichi un infortunio o malattia dai quali derivi un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria attività lavorativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 30 giorni di franchigia assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro una somma pari ai canoni mensili dovuto dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Inabilità Temporanea Totale in caso di:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
3. azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;
4. infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non commerciale;
5. partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
6. infortuni già verificatisi e malattie già in atto alla data d'inizio dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
7. stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
8. malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
9. malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive agonistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
10. interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, puerperio e patologie correlate;
11. la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata;
12. ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 canoni mensili per lo stesso Sinistro e 24 per tutta la durata del Contratto.

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

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal successivo Art. 6.2.1.

Si precisa inoltre che L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato ed il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari al canone mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

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

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 24 Indennizzi mensili nel corso della durata di ciascuna Copertura Assicurativa.

Determinazione delle somme assicurate

La somma assicurata iniziale è indicata nella Dichiarazione di Adesione.

La determinazione della prestazione assicurativa avviene al verificarsi dell'evento assicurato.

Le somme assicurate sono, infatti, pari:

- per la copertura assicurativa relativa al caso Morte, alla somma dei seguenti importi: (i) il canone complessivo di locazione finanziaria - attualizzato secondo quanto previsto dal Contratto - che, al momento del verificarsi del Sinistro, l'Assicurato deve ancora corrispondere al Contraente ai sensi del Contratto, dal quale sarà dedotto l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati alla data del Sinistro aumentato degli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi; e (ii) il "prezzo di riscatto" inizialmente pattuito nel Contratto;
- per la copertura assicurativa per il caso di Cessazione di Attività ai canoni mensili dovuti dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto con il massimo di 12 canoni mensili;
- per la copertura assicurativa per il caso di Inabilità temporanea Totale ai canoni mensili dovuti dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto con il massimo di 12 canoni mensili per lo stesso Sinistro e 24 per tutta la durata del Contratto;
- per la copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero, ai canoni mensili dovuti dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto con il massimo di 18 canoni mensili.

4. Premi

Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte del Contraente di un premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

Il premio viene corrisposto al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente ovvero, se la Data di Decorrenza del Contratto è successiva al momento della sottoscrizione del Contratto, a tale data, restando inteso che il Contraente ha diritto di ripetere dal Cliente quanto pagato mediante addebito del relativo importo sui canoni dovuti ai sensi del Contratto.

C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE

5. Regime fiscale applicabile

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

5.1 Imposta sui premi

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

5.2 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.

5.3 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute per la copertura in caso di Morte non sono pignorabili, né sequestrabili.

5.4 Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

6 Informazioni varie inerenti la Polizza Convenzione

6.1 Modalità di perfezionamento della Polizza Convenzione.

La Polizza Convenzione si intende perfezionata al momento della sottoscrizione della stessa da parte di entrambe le Parti.

6.2 Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione e decorrenza delle coperture assicurative.

6.2.1 Modalità di perfezionamento

Per poter validamente aderire alla presente Polizza è necessario che il Cliente:

1. goda di buona salute, cioè non sia affetto da Malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato, e non sia stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio; e
2. abbia, per il caso Morte, per il caso Ricovero Ospedaliero e per il caso Cessazione d'Attività, un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non superiore al limite massimo di 75 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa; l'Assicurato abbia, per il caso Inabilità Temporanea Totale, un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non superiore al limite massimo di 65 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa.
3. abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
4. abbia percepito redditi da lavoro autonomo nell'esercizio precedente a quello relativo alla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, secondo quanto precisato nella definizione di Lavoratore Autonomo.

In aggiunta, nel caso di Cliente che sia una persona giuridica è altresì necessario che la Persona Designata:

- (i) svolga la propria Normale Attività Lavorativa con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente o sia il solo dipendente all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti
- (ii) abbia espresso il proprio consenso alla copertura assicurativa per il caso di Morte.

Il Contraente si impegna a verificare che la Persona Designata, scelta dal Cliente persona giuridica ed indicata nella Dichiarazione di Adesione abbia i requisiti e le condizioni di cui al presente articolo.

Nel caso in cui la Persona Designata non presenti i suddetti requisiti e la copertura assicurativa non sia quindi attivata, la Società invierà, per il tramite del Contraente, un'apposita comunicazione scritta al Cliente.

6.2.2 Decorrenza delle coperture assicurative

Le coperture assicurative della Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24 del giorno in cui si è verificata l'ultima delle seguenti condizioni: (i) l'adesione alla Polizza Convenzione si è perfezionata secondo quanto sopra indicato, (ii) l'importo del finanziamento di cui al Contratto è stato effettivamente erogato, (iii) è stato corrisposto il premio contrattualmente previsto.

7. Diritto di Recesso dell'Assicurato

Il Cliente può recedere dall'assicurazione entro 30 giorni dal momento del perfezionamento dell'adesione dandone comunicazione scritta al Contraente ed alla Società contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere inviata:

- CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited (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:

SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
Tel. 011-0064276
E-mail to : customer.care@sava.it

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

In tal caso, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, ha diritto alla restituzione dell'ammontare del Premio relativo alla copertura assicurativa che sia stato eventualmente già versato, al netto delle imposte di legge.

8. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

I pagamenti relativi alle prestazioni garantite dalla presente Polizza Convenzione vengono effettuati dalla Società entro i termini e con le modalità previsti dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbe anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate.

Si ricorda che ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, così come modificato dalla legge del 27 ottobre 2008 n. 166 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 stesso si fonda.

9. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

10. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Contraente o direttamente alla Società mediante trasmissione a:

SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
Tel. 011-0064276
E-mail to : customer.care@sava.it

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)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'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 dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni / prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

11. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

12. Informativa in corso della Polizza Convenzione

12.1 Informazioni riguardanti la Società

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

12.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

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

13. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

L'Assicurato non è tenuto a fornire alcuna comunicazione alla Società in caso di cambiamento di attività o di stato professionale. Solo in caso di sinistro verrà verificato a quale categoria appartenga l'Assicurato onde verificarne il diritto ad ottenere la prestazione assicurativa.

14. Modifica della Persona Designata

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

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

SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
Tel. 011-0064276
E-mail to : customer.care@sava.it

La copertura assicurativa sarà efficace con riferimento alla nuova Persona Designata a condizione che:

1. la nuova Persona Designata presenti i requisiti di cui al precedente Art. 6.2.1;
2. il Cliente e la nuova Persona Designata abbiano sottoscritto un modulo per la sostituzione della Persona Designata

Polizza di Assicurazione

FGA CAPITAL Leasing

Caci Life Limited Caci Non-Life Limited

DEFINIZIONI

- **Assicurato:** il Cliente che sia Lavoratore Autonomo ovvero la Persona Designata in caso di Cliente persona giuridica che ha validamente aderito alla Polizza sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** il Contraente.
- **Cessazione Attività:** la cessazione, per il sopravvenire di un Evento Straordinario, della principale attività economica esercitata od organizzata dall'Assicurato (come inizialmente notificata dall'Assicurato a FGA Capital).
- **Cliente:** Il Lavoratore Autonomo o la persona giuridica che abbia sottoscritto il Contratto quale locatario/utilizzatore.
- **Contraente:** FGA CAPITAL SPA, con sede legale in Corso Giovanni Agnelli 200 – Torino, che stipula la presente Polizza per conto degli Assicurati.
- **Contratto:** il contratto di locazione finanziaria stipulato tra il Contraente (in qualità di "concedente") e il Cliente, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito derivante dalla locazione finanziaria e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza.
- **Data di Decorrenza:** la data di decorrenza delle coperture assicurative prestate dalla Società a favore del Contraente ai termini della presente Polizza.
- **Dichiarazione di Adesione:** la dichiarazione di adesione alla Polizza sottoscritta dal Cliente ovvero, in caso di Cliente persona giuridica, dal legale rappresentante del Cliente persona giuridica. Nel caso di adesione di un Cliente che sia persona giuridica, è inoltre richiesta la firma della Persona Designata.
- **Evento Straordinario:** (senza pregiudizio alle disposizioni previste dagli articoli 2.1 e 2.2 delle condizioni generali di assicurazione) qualsiasi dei seguenti eventi:
Nel caso in cui il Cliente sia una persona giuridica, la sopravvenuta interdizione, inabilitazione, scomparsa della Persona Designata, dove :
 - (i) la Persona Designata sia un azionista e direttore della Società del Cliente; o
 - (ii) la Persona Designata sia l'amministratore unico della Società del Cliente; o
 - (iii) la Persona Designata sia il solo dipendente, all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti;
 - La revoca (per qualsiasi ragione) dell'autorizzazione del Cliente a svolgere la sua principale attività;
 - L'incapacità dell'Assicurato di corrispondere ai requisiti professionali richiesti per lo svolgimento della sua professione; e/o
 - Il venir meno per l'Assicurato della sussistenza di determinati requisiti professionali richiesti per l'esercizio della propria professione e/o per l'iscrizione all'albo di appartenenza (es. avvocati, commercialisti, architetti, ecc.)Nessuna delle situazioni sopra riportate viene considerata come Evento Straordinario se :
 - (i) l'Assicurato o il Cliente interrompono intenzionalmente la suddetta attività; o
 - (ii) ogni volontario atto di omissione dell'Assicurato o del Cliente causa la cessazione, l'interruzione o il danneggiamento della suddetta attività in qualsiasi modo; o
 - (iii) è collegato, in qualsiasi modo, alla commissione di un crimine; o
 - (iv) deriva dall'incapacità dei debitori del Cliente di pagare i debiti nel momento dovuto o dall'insolvenza degli stessi debitori.
- **Inabilità Temporanea Totale:** la perdita temporanea a seguito di infortunio o malattia, in misura totale della capacità del soggetto assicurato, ad attendere alla propria normale attività lavorativa.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili inclusi:
 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.
- **Istituto di Cura:** 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:** la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione dei redditi relativa all'anno precedente alla data di sottoscrizione della presente polizza, che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente o similare e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 50 comma 1, lett. c-bis (collaborazione senza vincolo di subordinazione) 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 della sottoscrizione della Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o almeno una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Ai sensi della presente Polizza, sono in ogni caso considerati Lavoratori Autonomi i soci lavoratori di cooperativa (indipendentemente dalla qualifica attribuita dalla cooperativa al lavoratore).
- **Malattia:** alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio;
- **Morte:** il decesso dell'Assicurato.
- **Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita, o comunque redditizia, svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Ricovero Ospedaliero, della Cessazione di Attività o dell'Inabilità Temporanea Totale, con carattere di abitualità e prevalenza per un periodo di almeno 16 ore settimanali per conto del Cliente che sia una persona giuridica.
- **Periodo di Carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale le coperture assicurative per Cessazione di Attività e Ricovero Ospedaliero non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo alla liquidazione di un Sinistro per 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:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro per Ricovero Ospedaliero affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo secondo i termini della Polizza.
- **Periodo di Riqualificazione:** periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Cessazione di Attività liquidabile ai sensi di Polizza durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore sinistro relativo alla medesima garanzia.
- **Persona Designata:** In caso di Cliente persona giuridica, il dipendente o la persona fisica con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente, citata nella dichiarazione di adesione come assicurato.
- **Polizza:** la presente polizza collettiva alla quale il Cliente aderisce.
- **Premio:** la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, dovuta dal Cliente alla Società e versata a quest'ultima tramite il Contraente in relazione alla copertura assicurativa.
- **Ricovero Ospedaliero:** 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:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa e l'eventuale Indennizzo dovuto.
- **Società:** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte si intende Caci Life Limited; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per Cessazione di Attività, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale si intende Caci Non-Life Limited.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 1.1 Ai termini e alle condizioni di cui alla presente Polizza, la Società si impegna a prestare la copertura assicurativa consistente nel pagamento di un importo pari:
1. al debito residuo attualizzato relativo alla locazione finanziaria oggetto del Contratto, comprensivo dei canoni, del prezzo di riscatto e degli interessi, al verificarsi del Decesso dell'Assicurato.
 2. ai canoni di locazione finanziaria dovuti in base al Contratto al verificarsi, in relazione all'Assicurato dei seguenti eventi:
 - Cessazione Attività;
 - Ricovero Ospedaliero;
 - Inabilità Temporanea Totale.

ART. 2 – MODALITA' E LIMITI DI ADESIONE

- 2.1. Affinchè il Cliente possa validamente aderire alla presente Polizza è necessario che:
- a. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, l'Assicurato goda di buona salute, cioè non sia affetto da Malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato, e non sia stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio; e
 - b. l'Assicurato abbia, per il caso Morte, per il caso Ricovero Ospedaliero e per il caso Cessazione d'Attività, un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non superiore al limite massimo di 75 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa; l'Assicurato abbia, per il caso Inabilità Temporanea Totale, un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non superiore al limite massimo di 65 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa.
 - c. il Cliente abbia debitamente sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
 - d. il Cliente persona fisica abbia percepito redditi da lavoro autonomo nell'esercizio precedente a quello relativo alla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, secondo quanto precisato nella definizione di Lavoratore Autonomo.
- 2.2 In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo 2.1., nel caso di Cliente che sia una persona giuridica è altresì necessario che la Persona Designata:
- i. svolga la propria Normale Attività Lavorativa con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente o sia il solo dipendente all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti.
 - ii. abbia espresso il proprio consenso alla copertura assicurativa per il caso di Morte.
- 2.3 Il Contraente si impegna a verificare che la Persona Designata, scelta dal Cliente persona giuridica ed indicata nella Dichiarazione di Adesione, abbia i requisiti e le condizioni di cui ai precedenti paragrafi 2.1 e 2.2 ad essa applicabili.
- 2.4 Nel caso in cui la Persona Designata non presenti i suddetti requisiti e la copertura assicurativa non sia quindi attivata, la Società invierà, per il tramite del Contraente, un'apposita comunicazione scritta al Cliente.

ART. 3 – MODIFICA DELLA PERSONA DESIGNATA

- 3.1. Nel caso in cui, nel corso della durata della Polizza, la Persona Designata indicata nella Dichiarazione di Adesione modifichi anche in parte le proprie funzioni all'interno della struttura del Cliente persona giuridica ovvero cessi di svolgere la propria Normale Attività Lavorativa per conto del Cliente stesso, quest'ultimo ha facoltà di nominare una nuova Persona Designata, comunicandone al Contraente il relativo nominativo. A tal fine, il Cliente dovrà inviare al Contraente una nuova Dichiarazione di Adesione, contenente i dati relativi alla nuova Persona Designata ivi richiesti, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
Tel. 011-0064276
E-mail to : customer.care@sava.it

La copertura assicurativa sarà efficace con riferimento alla nuova Persona Designata a condizione che:

1. la nuova Persona Designata presenti i requisiti di cui ai precedenti Art. 2.1 e 2.2;
2. il Cliente e la nuova Persona Designata abbiano sottoscritto un modulo per la sostituzione della Persona Designata

ART. 4 – DECORRENZA, DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

- 4.1. Le coperture assicurative di cui alla presente Polizza hanno una durata pari a quella del Contratto con un massimo di 72 mesi e decorrono dalle ore 24 della data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione o, se successiva, dalla data di sottoscrizione del Contratto (vale a dire il giorno in cui viene sottoscritto il verbale di consegna e constatazione del bene in leasing), a condizione che:
1. il Premio sia stato pagato (altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio); e
 2. il Cliente persona fisica ovvero, nel caso di Cliente persona giuridica, la Persona Designata, presentino i requisiti di cui ai precedenti articoli 2.1 e 2.2.
- 4.2. Le coperture assicurative di cui alla presente Polizza cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto come ivi prevista ovvero (ii) all'estinzione anticipata della locazione finanziaria oggetto del Contratto; o (iii) alla risoluzione anticipata del Contratto, anche per inadempimento dell'Assicurato; (iv) all'ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico e comunque al raggiungimento del 75esimo anno di età per le garanzie Caso Morte, Ricovero Ospedaliero e Cessazione d'Attività; al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 65esimo anno di età per la garanzia Inabilità Temporanea Totale; (v) al pagamento del capitale assicurato nel caso di morte dell'Assicurato; (vi) alla data di Cessazione dell'Attività dell'Assicurato.
- 4.3 Resta inteso che in caso di rimborso anticipato del finanziamento oggetto del Contratto il Cliente avrà la facoltà di ricevere da parte del Contraente il rateo di Premio relativo al residuo periodo di copertura assicurativa, comprensivo delle spese inerenti al medesimo rateo di Premio, al netto delle imposte di legge.

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

- 5.1 Il Contraente verserà alla Società un Premio unico e anticipato al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente ovvero, se la Data di Decorrenza del Contratto è successiva al momento della sottoscrizione del Contratto, a tale data, restando inteso che il Contraente ha diritto di ripetere dal Cliente quanto pagato mediante addebito del relativo importo sui canoni dovuti ai sensi del Contratto.

Il tasso premio unico dovuto dal Cliente è calcolato come segue:

0,10% dell'importo del finanziamento richiesto moltiplicato per ogni mese di durata del Contratto (incluso il prezzo pattuito per l'acquisto finale del bene concesso in locazione finanziaria)

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

0,10% = 0,0850% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Morte), 0,0030% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Cessazione di Attività), 0,0044% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale), 0,0076% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero).

ART. 6 – ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- 6.1. In caso di Sinistro, il Cliente dovrà richiedere il modulo di denuncia del Sinistro a:
- SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
ovvero telefonicamente al numero 02-99960300.
- 6.2. Il Cliente deve compilare il modulo di denuncia del Sinistro e comunicarlo unitamente alla documentazione richiesta agli articoli 24, 28, 32, 37 rispettivamente per il caso di Morte, Cessazione Attività, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale inviandolo, tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento ed entro 60 giorni dalla data di ricevimento del modulo di denuncia del Sinistro, mediante trasmissione a:
- SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
Tel. 011-0064276.
- 6.3. A seguito del pagamento di un Indennizzo per Ricovero Ospedaliero e/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 sarà tenuto, inoltre, a trasmettere al Contraente il modulo di continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 6.2.
- 6.4. La Società potrà, in ogni momento, richiedere al Cliente o ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni ai sensi della presente Polizza.
- 6.5. In ogni caso, l'Assicurato dovrà comunque continuare a pagare regolarmente le rate di rimborso relative al Contratto.

ART. 7 – ONERI FISCALI

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

ART. 8 MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto dalla presente Polizza è applicabile la legge italiana.

ART. 10 – LIMITI TERRITORIALI

La copertura assicurativa relativa al caso Morte è operante senza limiti territoriali; la copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale è operante nell'ambito dell'Unione Europea; La copertura assicurativa per il caso di Cessazione di Attività è operante in Italia.

ART. 11 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, della Persona Designata 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 artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 12 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta inteso che le coperture assicurative previste della presente Polizza possono cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 13 – RECESSO

Il Cliente può recedere dalla presente Polizza 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 un 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 Limited e Caci Non-Life Limited (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:

SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
Tel. 011-0064276

E-mail to : customer.care@sava.it

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

In tal caso l'Assicurato per il tramite del Contraente ha diritto alla restituzione dell'ammontare del Premio relativo alla copertura assicurativa che sia stato eventualmente già versato, al netto delle imposte di legge.

ART. 14 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 15 – COMUNICAZIONI E RECLAMI

15.1 Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato nei confronti della Società, relative alla presente Polizza e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso, con invio di una copia della stessa comunicazione al Contraente.

15.2 Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto al Contraente o direttamente alla Società specificando in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

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 Limited o Caci Non-Life Limited
Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)

15.3 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. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

ART. 16 – COLPA GRAVE, TUMULTI

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

16.2 In deroga all'art. 1912 c.c. le coperture assicurative si estendono ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 17 – 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 presente Polizza.

Resta inteso fra le Parti che in caso di cessione del Contratto di Leasing a terzi ai sensi dell'articolo 1406 cod. civ. la presente copertura assicurativa cessa di essere efficace.

ART. 18 – PRESCRIZIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, così come modificato dalla legge del 27 ottobre 2008 n. 166 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 stesso si fonda.

ART. 19 – CONTROVERSIE

Per qualunque controversia che dovesse insorgere tra l'Assicurato e la Società sulla natura o sull'indennizzabilità del Sinistro dovuto ad Infortunio o Malattia, la decisione della controversia potrà essere demandata ad un collegio composto da 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 è scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra essi o, in caso di disaccordo, 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 alle spese e alla remunerazione del 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 DI MORTE

ART. 20 – OGGETTO

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo Art. 21, qualora:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi del precedente Art. 4 delle condizioni generali di assicurazione;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo Art. 22;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente articolo 6.

ART. 21 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE

21.1 La Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per il caso di Morte dell'Assicurato un importo pari alla somma dei seguenti importi:

- l'importo complessivo – attualizzato secondo quanto previsto dal Contratto - che, al momento del verificarsi del Sinistro, l'Assicurato deve ancora corrispondere al Contraente ai sensi del Contratto. Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati alla data del Sinistro comprensivo degli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi;
- il "prezzo di riscatto" pattuito nel Contratto.

21.2 L'Indennizzo per la copertura assicurativa per il caso Morte non potrà eccedere il massimale di Euro 70.000 (settantamila) per ciascun Assicurato, in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente, al momento del Sinistro.

21.3 Il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo dovuto a FGA Capital S.P.A. in relazione al Contratto.

ART. 22 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

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

1. **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;**
 2. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
 3. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
 4. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;**
 5. **incidente di volo, se la 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 dell'Assicurato 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;**
 8. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).**

ART. 23 – RISCATTO

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

ART. 24 – DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, gli aventi causa dell'Assicurato devono compilare l'apposito modulo di denuncia del Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:

- certificato di nascita e certificato di Morte dell'Assicurato;
- 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;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società;
- documentazione comprovante la Normale Attività Lavorativa svolta dalla Persona Designata per conto del Cliente persona giuridica;
- autorizzazione degli aventi causa dell'Assicurato per: (i) sciogliere da ogni riserbo i medici curanti; (ii) consentire il trattamento da parte della Società dei dati personali comuni e sensibili; (iii) consentire le indagini e gli accertamenti da parte di persone di fiducia della Società il cui costo sarà a totale carico della Società medesima.

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 od altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del Decesso;
- copia di eventuale referto autoptico.

SEZIONE B

ASSICURAZIONE PER CESSAZIONE DI ATTIVITA'

ART. 25 – OGGETTO

Nel caso di Cessazione di Attività, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo Art. 26 qualora:

1. si sia verificato un Sinistro consistente nella Cessazione di Attività durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa di cui al precedente Art. 4;
2. la data di Cessazione di Attività sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla Data di Decorrenza;
3. la Società abbia accertato l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore del Beneficiario dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 26;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 27; e
5. il Cliente o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

ART. 26 – INDENNIZZO IN CASO DI CESSAZIONE ATTIVITA'

26.1. L'Indennizzo che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per il caso di Cessazione di Attività, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo punto 26.4., di una somma pari al canone mensile dovuto dal Cliente al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto.

26.2. Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 canoni mensili nel caso di Cessazione di Attività.

26.3. Il calcolo dell'Indennizzo di cui al precedente punto 26.1. non può eccedere, in relazione a tutti i Contratti, il massimale mensile pari ad Euro 2.500,00.

26.4. In caso di liquidazione di un Indennizzo per Cessazione di Attività dovuta a Evento Straordinario, il successivo Sinistro per la stessa motivazione sarà liquidato solo se sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di 60 giorni.

26.5. Il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Cliente dovuto a FGA Capital in relazione al Contratto.

ART. 27 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI CESSAZIONE DI ATTIVITA'

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

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

ART. 28 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, derivato dal caso di Cessazione d'Attività, il Cliente deve allegare al modulo di denuncia la documentazione relativa all'Assicurato:

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

SEZIONE C

ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO

ART. 29 – OGGETTO

Nel caso di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 qualora:

1. il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
2. alla data del Sinistro l'Assicurato venga a trovarsi nella condizione prevista dai precedenti articoli 2.1 e 2.2;
3. il Sinistro sia avvenuto al termine del Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di Decorrenza;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31;
5. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Articolo 6.

ART. 30 – INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

30.1. L'Indennizzo che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per il caso di Ricovero Ospedaliero, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo paragrafo 30.3, di una somma pari al canone mensile dovuto dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto.

30.2. L'Indennizzo di cui al precedente paragrafo 30.1 non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari ad Euro 2.500,00.

30.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad un canone mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

30.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società si impegna ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 30.1., 30.2. e 30.3. è di 18 Indennizzi mensili nel corso della durata di ciascuna copertura assicurativa.

30.5. Il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Cliente dovuto a FGA Capital in relazione al Contratto.

ART. 31 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

31.1 Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero causato da:

1. le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di Decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
 2. infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da essa procurato;
 3. infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
 4. infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato ;
 5. infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
 6. infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 7. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 8. infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche
- 31.2 Nessun Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto al Beneficiario se, con riferimento al medesimo periodo, la Società abbia corrisposto o corrisponda all'Assicurato importi a titolo di Indennizzo per Cessazione di Attività o Inabilità Temporanea Totale.
- 31.3 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 Articolo 2.

- (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
10. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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 efficacia della copertura assicurativa;
11. qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
12. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
13. mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

ART. 32 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Articolo 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia la seguente documentazione:

- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i certificati medici successivi emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente certificato è considerato quale cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);
- ogni ulteriore documentazione inerente il Sinistro che la Società possa ragionevolmente richiedere all'Assicurato;
- autorizzazione dell'Assicurato al fine di : (i) sciogliere da ogni riserbo i medici curanti; (ii) consentire il trattamento da parte della Società dei dati personali comuni e sensibili; (iii) consentire le indagini e gli accertamenti da parte di persone di fiducia della Società il cui costo sarà a totale carico della Società medesima.

ART. 33 – DENUNCE SUCCESSIVE

33.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, ovvero di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia che ha causato il Sinistro precedente.

33.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero cessano in caso di raggiungimento del massimale globale di 18 Indennizzi mensili.

SEZIONE D

ASSICURAZIONE PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

ART. 34 – OGGETTO

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo Art. 35 qualora:

1. il Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Inabilità Temporanea Totale durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa nei termini di cui al precedente Art. 4. si sia verificato.
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo Art. 36.
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

ART. 35 – INDENNIZZO PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

35.1 Nel caso in cui si verifichi un infortunio o malattia dai quali derivi un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria attività lavorativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 30 giorni di franchigia assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo paragrafo 35.4, una somma pari ai canoni mensili dovuti dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto.

35.2 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato ed il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.

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

35.4 Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 35.1., 35.2. e 35.3. è di 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per tutta la durata del Contratto.

35.5 Il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Cliente dovuto a FGA Capital in relazione al Contratto.

ART. 36 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

36.1 Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Inabilità Temporanea Totale in caso di:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
3. azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;
4. infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non commerciale;
5. partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
6. infortuni già verificatisi e malattie già in atto alla data d'inizio dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
7. stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
8. malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
9. malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive agonistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
10. interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, puerperio e patologie correlate;
11. la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata;
12. ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata

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

36.3 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.

ART. 37 – DENUNCIA DEL SINISTRO

37.1.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia di Sinistro e allegare al medesimo la seguente documentazione:

- copia della Carta d'Identità o altro documento valido attestante la data di nascita;
- 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

37.2 In casi eccezionali o di particolare difficoltà valutativa la Società potrà richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato, ai fini del suo diritto al pagamento dell'Indennizzo, dovrà 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. 38 – DENUNCE SUCCESSIVE

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

38.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.