

NOTA INFORMATIVA
RELATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE N. ° 1002.10.21.79.01 (CACI LIFE LTD) E N. ° 1002.10.21.79.02 (CACI NON-LIFE LTD) DENOMINATE
"FGA RETAIL LCV" 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 | C. | INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE |
| B. | INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE | 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, Dublino 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, il Cliente che sia una persona fisica o in caso di Cliente persona giuridica, la Persona Designata dovrà avere per il caso Morte, per il caso Ricovero Ospedaliero e per il caso Cessazione di Attività, una età compresa tra i 18 ed i 70 anni, non compiuti, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non dovrà superare il limite massimo di 75 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa; per il caso Inabilità Temporanea Totale, una età compresa tra i 18 ed i 65 anni, non compiuti, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, e non dovrà superare il 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 decorrono dalle ore 24.00 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, sempre che sia stato pagato il Premio.

La copertura assicurativa ha una durata pari a quella del Contratto e cessa 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 del finanziamento oggetto del Contratto; o (iii) alla risoluzione anticipata del Contratto, anche per inadempimento dell'Assicurato; o (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età per le garanzie Caso Morte, Ricovero Ospedaliero e Cessazione di Attività; al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 65esimo anno di età per la garanzia Inabilità Temporanea Totale; o (v) al pagamento del capitale assicurato nel caso di Morte dell'Assicurato; o (vi) alla data di Cessazione dell'Attività del Cliente Persona Giuridica.

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.

La Polizza 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**

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 Morte

In caso di Morte dell'Assicurato 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 di Rata Finale Residua (R.F.R.), che l'Assicurato deve al Contraente al momento del Sinistro, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto. 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 e la data di comunicazione del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo di 2 mesi di interessi.

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 (cinquantamila) per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente al momento del Sinistro.

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.

B) Assicurazione per il caso di Cessazione di Attività (copertura operante per i Lavoratori Autonomi e le Persone Giuridiche)

La Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per il caso di Cessazione Attività, 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 di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto. Nel caso in cui il Cliente faccia richiesta di rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Cessazione d'Attività, secondo i termini e le condizioni di cui alla presente Polizza, 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.

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

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

Nessun Indennizzo 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 Inabilità Temporanea Totale.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte del Cliente, non presentava i requisiti di assicurabilità di cui al successivo articolo 6.2.1.

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 il cliente ed il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.

La Garanzia è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni.

C) Assicurazione per il caso di Ricovero Ospedaliero (copertura operante per i Lavoratori dipendenti di Enti Pubblici, Lavoratori Dipendenti di Enti Privati, Non Lavoratori)

In caso di Sinistro dal quale derivi il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, 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 di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto. Nel caso in cui l'Assicurato faccia richiesta di rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero, secondo i termini e le condizioni di cui alla presente Polizza, 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.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo oppure è la persona designata dal cliente persona giuridica..

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

1. 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 esso procurato;
3. Infortuni o Malattie causati dall'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 dall'Assicurato;
5. Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o 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;
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.

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.

Nessun indennizzo per il caso 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 Inabilità Temporanea Totale.

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 di Euro 2.500.

La Garanzia è soggetta ad un periodo di carenza di 30 giorni.

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.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 18 Indennizzi mensili nel corso della durata di ciascuna copertura assicurativa.

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

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 alle rate mensili comprensive di capitali e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto. Nel caso in cui il Cliente faccia richiesta di rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale, secondo i termini e le condizioni di cui alla presente Polizza, 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.

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

1. dolo dell'Assicurato o del Cliente;
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.

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.

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 2.500,00.

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

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 24 indennizzi mensili per tutta la durata del Contratto.

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

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:

- (i) per la copertura assicurativa per il caso Morte, al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), che l'Assicurato deve al Contraente al momento del Sinistro, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto. L'Indennizzo non può eccedere in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente al momento del Sinistro il massimale di Euro 70.000 per ciascun Assicurato;
- (ii) per le coperture assicurative per il caso di Cessazione di Attività, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale, alle rate mensili comprensive di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovute dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto, con il limite massimo di Euro 2.500,00 per singola rata mensile e di 12 Indennizzi mensili per il caso di Cessazione di Attività, 18 indennizzi mensili per il caso di Ricovero Ospedaliero, e 24 indennizzi mensili per il caso di Inabilità Temporanea Totale nel corso della durata della copertura assicurativa.

4. Premii

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

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 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, l'Assicurato 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.

5.4 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.

5.5 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:

1. il Cliente abbia stipulato il Contratto e abbia sottoscritto (eventualmente insieme alla Persona Designata) la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione l'Assicurato goda di buona salute, vale a dire non sia affetto da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
3. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione l'Assicurato non sia stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio;
4. l'Assicurato abbia, 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 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 di Inabilità Temporanea Totale, un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non superiore al limite massimo di 65 anni, non compiuti, alla scadenza della copertura assicurativa.
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.

Si specifica che, nel caso in cui il Cliente che sia una persona fisica o (nel caso di Cliente persona giuridica, la Persona Designata) non presenti tutti i requisiti richiesti di cui sopra, (con l'accettazione per la sola 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.

Nel caso in cui il Contratto 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.

6.2.2 Decorrenza delle coperture assicurative

Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla Polizza decorrono dalle ore 24.00 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, sempre che sia stato pagato il Premio.

7. Diritto di 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 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:

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

Salvo quanto previsto dal successivo articolo 14, 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.

Polizza di Assicurazione

FGA CAPITAL Retail LCV

CACI Life Limited CACI Non-Life Limited

DEFINIZIONI

- **Assicurato:** il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione ovvero la Persona Designata in caso di Cliente persona giuridica.
- **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:** qualunque persona fisica o giuridica che abbia sottoscritto il Contratto.
- **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 finanziamento con il quale il Contraente concede in prestito al Cliente una somma di importo massimo pari ad Euro 70.000 (settantamila), che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata compresa tra 6 e 120 mesi, eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza.
- **Data di Decorrenza:** 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.
- **Dichiarazione di Adesione:** la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla presente Polizza sottoscritta dal Cliente che sia una persona fisica o dal rappresentante legale del Cliente persona giuridica in quanto Persona Designata contestualmente al Contratto.
- **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.
- **Ente Privato:** ogni soggetto giuridico che non sia un Ente Pubblico.
- **Ente Pubblico:** 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.
- **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.
Sono inoltre parificati agli Infortuni:
 1. l'asfissia non di origine morbosa;
 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 3. l'assideramento o il congelamento;
 4. i colpi di sole o di calore;
 5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
- **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.
- **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 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:** 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:** alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Morte (o Decesso):** il decesso dell'Assicurato.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.
- **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.
- **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 al verificarsi 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 il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualficazione:** 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 denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Cessazione di Attività.
- **Persona Designata:** nel caso di Cliente persona giuridica, la persona fisica che sottoscrive per conto di quest'ultima la Dichiarazione di Adesione e in relazione alla quale sono determinati gli eventi assicurati.
- **Polizza:** la presente polizza collettiva alla quale in 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 all'Assicurato la copertura assicurativa consistente nel pagamento di un importo pari:
- al debito residuo in linea capitale relativo al finanziamento oggetto del Contratto al verificarsi del Decesso dell'Assicurato;
 - alle rate del debito derivante dal finanziamento oggetto del Contratto al verificarsi dei seguenti eventi:
 - Cessazione di Attività (copertura assicurativa operante per i Lavoratori Autonomi e le Persone Giuridiche);
 - Ricovero Ospedaliero (copertura assicurativa operante per i Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici, Lavoratori Dipendenti di Enti Privati, Non Lavoratori);
 - Inabilità Temporanea Totale (copertura assicurativa operante per i Lavoratori Autonomi, per le Persone Giuridiche, per i Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici, per i Lavoratori Dipendenti di Enti Privati e Non Lavoratori).
- 1.2 Le coperture assicurative prestate per ciascun Assicurato (Morte, Cessazione di Attività, Inabilità Temporanea e Totale e Ricovero Ospedaliero), 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 Autonomo o Persona Designata nel caso di Cliente Persona Giuridica; ovvero
 - al verificarsi della Cessazione di Attività, l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore.
- In tali casi, quindi, nulla sarà dovuto dalla Società al Contraente.

ART. 2 – MODALITÀ E LIMITI DI ADESIONE

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

- il Cliente abbia stipulato il Contratto e abbia sottoscritto (eventualmente insieme alla Persona Designata) la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto;
 - 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;
 - al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione l'Assicurato non sia stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio;
 - l'Assicurato abbia, per il caso Morte e 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.
- 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:
- 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.
 - 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.
- 2.5. Nel caso in cui il Contratto 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 ai precedenti Art. 2.1. e 2.2.

ART. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

- 3.1. Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla presente Polizza decorrono dalle ore 24.00 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, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo Art.4. La copertura assicurativa ha una durata pari a quella del Contratto e cessa 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 del finanziamento oggetto del Contratto; o (iii) alla risoluzione anticipata del Contratto, anche per inadempimento dell'Assicurato; o (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato 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; o (v) al pagamento del capitale assicurato nel caso di Morte dell'Assicurato; o (vi) alla data di Cessazione dell'Attività del Cliente Persona Giuridica.
- 3.2. 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. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

4.1 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 (inclusa Rata Finale Residua).

Si specifica che il tasso lordo di premio è così composto: 0,10% = 0,0850% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Morte), 0,0027% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Cessazione d'Attività), 0,0116% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale), 0,0007% (in relazione alla copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero).

ART. 5 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

- 5.1 Qualora, in pendenza della copertura assicurativa, l'Assicurato modifichi la propria posizione lavorativa, (nel senso che da Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore diventi Lavoratore Autonomo 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 presente Polizza 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.
- 5.2 L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo e, in pendenza della copertura assicurativa, diventi Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato, 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 ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato o sia diventato Non Lavoratore.
- 5.3 L'Assicurato che sia Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Lavoratore Dipendente di Ente Privato e, in pendenza della copertura assicurativa diventi Lavoratore Autonomo, ha diritto all'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale o all'indennizzo per Cessazione d'Attività 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.

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

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato in caso di Cliente persona fisica o i suoi aventi causa ovvero il 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:
SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 - 10135 Torino
ovvero telefonicamente al numero 02-99960300.

- 6.2 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:
SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 – 10135 Torino
Tel 011-0064276.

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. 24 per il caso di Morte, al successivo Art. 28 per il caso di Cessazione di Attività, al successivo Art.32 per il caso di Ricovero Ospedaliero e al successivo Art. 37 per il caso di Inabilità Temporanea Totale.

- 6.3 A seguito del pagamento di un Indennizzo per Ricovero Ospedaliero 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 6.1 e 6.2, ad inviare al Contraente il modulo di continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 6.2, 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. 7 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla presente Polizza sono a carico del l'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 regolato dalla presente Polizza, è applicabile la legge italiana.

ART. 10 – LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 11 – 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 c.c..

ART. 12 – 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. 13 – RECESSO DELL'ASSICURATO

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 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:

SAVA Customer Care
Corso Agnelli 200 – 10135 Torino
Tel. 011 -0064276
e-mail : 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 del Cliente, con riferimento alla presente Polizza e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento. Eventuali comunicazioni da parte del Cliente all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto del Cliente 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 Ltd o CACI Non -Life Ltd
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 d'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.

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

Qualora tra il Cliente e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta del Cliente, 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 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 relativa copertura assicurativa è efficace, ai sensi del precedente Art. 3 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 Art. 6.

ART. 21 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE

21.1 In caso di Morte dell'Assicurato, 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 di Rata Finale Residua (R.F.R.), risultante alla data del Decesso, calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto. 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 con un limite massimo di 2 mesi di interessi.

21.2 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.

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 l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano,
6. o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
7. suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato e, se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
8. infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili;
9. 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 previsti all'Art.2 della presente Polizza.

ART. 23 – RISCATTO

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

ART. 24 – DENUNCIA DEL SINISTRO

24.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, gli aventi causa dell'Assicurato devono compilare l'apposito modulo di denuncia di 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 dall'Assicurato;
- 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. 3;
2. la data di Cessazione di Attività sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carezza 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;
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 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 paragrafo 26.4, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto. Nel caso in cui il Cliente faccia richiesta di rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) o Rata Finale Residua (R.F.R.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Cessazione d'Attività, secondo i termini e le condizioni di cui alla presente Polizza, 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.

26.2 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 il cliente ed il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.

26.3 Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.

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 Attività se:

1. la Cessazione di Attività sia dovuta alla Morte dell'Assicurato, per la quale sia operante la copertura assicurativa per il caso Morte;
2. alla Data di Decorrenza il Cliente era a conoscenza della prossima Cessazione di Attività o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato incluso, senza limite, l'esistenza di sospesi legali di qualsiasi tipo;
3. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta della volontà o di omissione dell'Assicurato o del Cliente;
4. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di un crimine o di una frode dell'Assicurato o del Cliente;
5. la Cessazione di Attività sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento dell'Assicurato.
6. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di un evento programmato (es.: scadenza del termine di una società o di una licenza o concessione; attività a carattere stagionale e/o temporaneo, ecc.);
7. l'Assicurato (Lavoratore Autonomo) abbia dichiarato nell'anno precedente rispetto a quello in cui si è verificata la Cessazione di Attività redditi da lavoro autonomo per un ammontare inferiore ad Euro 10.000,00 (dovrà aversi riguardo all'ultima dichiarazione dei redditi presentata prima dell'adesione alla presente Polizza).
8. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di un provvedimento assunto dall'autorità giudiziaria, in relazione alla commissione di un reato; o

9. la Cessazione di Attività sia conseguenza diretta o indiretta di una sanzione comminata per responsabilità degli enti in relazione agli illeciti amministrativi dipendenti da reato, ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300"
10. l'Assicurato abbia compiuto o superato 65 anni nel caso di Evento Straordinario provocato da problemi di salute.
- 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 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:
 - documentazione comprovante il sopravvenuto stato di limitazione, inabilità, scomparsa dell'Assicurato ;
 - documentazione comprovante il venir meno dell'autorizzazione necessaria ad esercitare l'attività svolta da parte del Cliente;
 - documentazione comprovante il venir meno dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE PER IL CASO DI 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.3;
2. il Sinistro sia avvenuto al termine del Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di Decorrenza;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31;
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

ART. 30 - INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

- 30.1 In caso di Sinistro dal quale derivi il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo paragrafo 31.3, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto. Nel caso in cui l'Assicurato faccia richiesta di rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero, secondo i termini e le condizioni di cui alla presente Polizza, 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.
- 30.2 L'Indennizzo di cui al precedente paragrafo 31.1. non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.500,00.
- 30.3 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.
- 30.4 Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata 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 presente copertura assicurativa i casi di Ricovero Ospedaliero causati da:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 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 dall'Assicurato; 5. Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o 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 | <ol style="list-style-type: none"> (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; 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. |
|---|--|

- 31.2 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Ricovero ospedaliero se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo oppure è la persona designata dal cliente persona giuridica;
- 31.3 Nessun indennizzo per il caso 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 Inabilità Temporanea Totale;
- 31.4 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. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO

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

- copia del documento di identità;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore;
- certificato medico 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 costituisce 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 pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del 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. 3 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, una somma pari alle rate mensili comprensiva di capitali e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento previsto dal Contratto. Nel caso in cui il Cliente faccia richiesta di rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Rata Finale Residua (R.F.R.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale, secondo i termini e le condizioni di cui alla presente Polizza, 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.

35.2 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 il Cliente 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 ad una rata 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 o del Cliente;
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 al Cliente 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 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di denuncia di Sinistro 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 Riqualificazione 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.