

**INFORMAZIONE DA RENDERE ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE
DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO
(Art. 49 Regolamento ISVAP n. 5/2006)**

**ALLEGATO 7A – COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI
SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEGLI ASSICURATI**

Ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano all'assicurato copia del documento (Allegato n. 7B del Regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela dell'assicurato;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano all'assicurato - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) consegnano all'assicurato copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- d) possono ricevere dall'assicurato, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1.
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

**ALLEGATO 7B – INFORMAZIONI SULL'INTERMEDIARIO, SU POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE E
SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DELL'ASSICURATO.**

Avvertenza: ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare all'assicurato il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dell'assicurato. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con l'assicurato

- a) Cognome/Nome e ruolo del soggetto che entra in contatto con l'Assicurato:
(se il contatto è avvenuto telefonicamente, i riferimenti dell'addetto sono disponibili c/o Agos Ducato S.p.A)
- b) svolge l'attività di intermediazione assicurativa per Agos Ducato S.p.A. con sede in Via Bernina, 7 – 20158 Milano, iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 5 ottobre 2007, n. D000200619 Sez. D, indirizzo internet: www.agosducato.it
- c) SOLO PER I SOGGETTI ESTERNI ISCRITTI alla SEZ. E del Registro degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi (RUI) – numero e data di iscrizione nel registro:
- d) Le imprese delle quali sono offerti i prodotti sono: CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited.
- e) L'Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private di Interesse Collettivo).
- f) **Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'ISVAP (www.isvap.it).**

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) Si comunica che Credit Agricole S.A., società di diritto francese, è controllante delle società CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited – società che forniscono la copertura assicurativa- e detiene direttamente una partecipazione superiore al 10% del capitale sociale di Agos Ducato S.p.A.
- b) L'intermediario propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. L'assicurato può richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha rapporti d'affari e, su richiesta dell'assicurato, indicare tali imprese.

PARTE III – Informazione sugli strumenti di tutela dell'assicurato

- a) Agos Ducato S.p.A. ha stipulato una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000.
- b) ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, l'assicurato fa facoltà di inoltrare il reclamo per iscritto a: CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited.
- c) L'assicurato, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'Assicuratore entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 – 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

Gruppo Crédit Agricole S.A.

Contratto di assicurazione facoltativa Credit Protection a Premio Unico AGOS DUCATO - COPERTO PRESTITI PERSONALI

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(aggiornamento 1 dicembre 2010)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive N. 1035.10.06.113.01 (CACI Life Limited) e N. 1035.10.06.113.02 (CACI Non-Life Limited) denominate "COPERTO PRESTITI PERSONALI" stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A. e CACI (di seguito ciascuna "Polizza Convenzione").

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

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

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: + 353 1 603 96 37
- Indirizzo e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie
- Fax: 00353 1 603 96 49

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

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

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

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

3.1. Durata delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; (iii) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età; (iv) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

Si rinvia all'art. 3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3.2 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione prevede le seguenti garanzie:

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

Descrizione delle prestazioni assicurative per ciascuna copertura

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

A) Copertura assicurativa per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che al momento del verificarsi del Sinistro, l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 80.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 20 (Copertura assicurativa per il caso Morte) e all'art. 25 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

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

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, di grado non inferiore al 66%, derivante da Infortunio, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che al momento dell'accertamento dell'invalidità l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 80.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 21 (Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art. 25 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

C) Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Totale Temporanea medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un periodo di Franchigia Assoluta di 60 giorni. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del

Sinistro il massimale di Euro 1.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art.22 (Copertura assicurativa per il caso Inabilità Totale Temporanea da Infortunio) e all'art.25 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

D) Copertura assicurativa per il Caso Ricovero Ospedaliero da Malattia

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi una Malattia dalla quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. L'indennizzo mensile non può eccedere il massimale di Euro 1.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa. Si rinvia all' art. 23 (Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero da Malattia) e all' art. 25 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

4. Premi

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, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato sul frontespizio del modulo di richiesta del finanziamento alla voce "Assicurazione facoltativa Credit Protection". La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale assicurato.

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

Durata del Finanziamento	Tasso di premio lordo per garanzie: Morte e Inabilità Totale Permanente	Tasso di premio lordo per garanzie: Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale	Tasso di premio lordo Totale
6-36 mesi	2,49%	0,81%	3,30%
37-48 mesi	3,02%	0,98%	4,00%
49-72 mesi	3,17%	1,03%	4,20%
73-84 mesi	3,40%	1,10%	4,50%
85-120 mesi	5,56%	1,79%	7,35%
121-180 mesi	5,67%	1,83%	7,50%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

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

Durata	Capitale Assicurato	Premio Netto	Costo Medio
48 mesi	€ 10.000	€ 397,12	€ 198,56

I costi sopra indicati sono inclusi nel premio unico anticipato corrisposto dall'Assicurato.

Avvertenza: in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società restituirà all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione anticipata, la Società fornirà le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale in favore dell'Assicurato quale nuovo Beneficiario.

Si rinvia all'art. 4 (Estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento) e all'art.5 (Pagamento del premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

Non sono previsti a beneficio dell'Assicurato meccanismi di partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio di cui al precedente art.4 sono pari al 50,00%.

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

7. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.

8. Regime fiscale applicabile

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

8.1 Imposta sui premi

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

8.2 Tassazione delle somme assicurate

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

8.3 Detrazione fiscale dei premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di Morte, di Invalidità Permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, 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.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

9. Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione

Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti.

Si rinvia all'art.2 (Requisiti di assicurabilità) e art.3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

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

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

11. Riscatto e Riduzione

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

12. Revoca della Proposta

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

13. Diritto di Recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Società e al Contraente ed indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life Limited e CACI Non-Life Limited**
via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;
- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:
AGOS DUCATO S.p.A.
Via Bernina 7
20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata.

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

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

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata nell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione. E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbe anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

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

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulle previsioni stabilite dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Convenzione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'economia e delle finanze.

15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

17. Reclami e Mediazione

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

Agos Ducato S.p.A
via Bernina,7
20158 Milano

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

CACI Life Limited o CACI Non-Life Limited
Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)
Fax: 0035 31 603 96 49

17.3. 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'ISVAP – Servizio tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 – 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente (Central Bank of Ireland) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che, fatto salvo il tentativo di mediazione ai sensi del successivo paragrafo 17.4, ove obbligatorio per legge, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

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

18. Informativa in corso di contratto

18.1 Informazioni riguardanti la Società

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

18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

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

19. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

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

20. Conflitto di Interessi

La Società e il Contraente appartengono allo stesso gruppo facente capo alla francese Crédit Agricole S.A.. In ogni caso la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto di interessi, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente o degli Assicurati.

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

Il Rappresentante Legale



2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive N. 1035.10.06.113.01 (CACI Life Ltd) e N. 1035.10.06.113.02 (CACI Non-Life Ltd) denominate "COPERTO PRESTITI PERSONALI " stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A. e CACI sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- per il caso di Morte, è determinato ai sensi dell'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, è determinato ai sensi dell'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, è determinato ai sensi dell'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione;
- per il caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia, è determinato ai sensi dell'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 2 – REQUISITI DI ASSICURABILITA'

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

1. il Cliente abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto di Finanziamento;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione l'Assicurato goda di buona salute, vale a dire non sia affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
3. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, limitatamente ai Lavoratori Dipendenti e Lavoratori Autonomi, l'Assicurato non sia stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi, per più di 30 giorni consecutivi, a causa di malattia o infortuni;
4. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti.

Si specifica che, nel caso in cui il Cliente non presenti tutti i requisiti richiesti di cui al presente art.2, tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.

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

2.2. Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al precedente paragrafo 2.1.

ART. 3 – DECORRENZA E CESSAZIONE DELLE GARANZIE

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

- i. la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
- ii. l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il premio di cui al successivo art. 5.

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

- i. alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
- ii. in caso di estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
- iii. al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età;
- iv. al pagamento del capitale assicurato nel caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento la Società restituirà all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto da formularsi al momento del rimborso anticipato, la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale a favore dell'Assicurato quale nuovo Beneficiario.

ART. 4 – ESTINZIONE INTEGRALE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

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

- Per la parte di premio puro secondo la regola:

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

$$R2 = P \times (N-K)/N$$

dove:

- P1 = Premio (al netto imposte) relativo alle garanzie di rata
- P2 = Premio (al netto imposte) relativo alle garanzie di capitale
- P = Premio (al netto imposte) relativo alle commissioni
- N = Durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)
- K = Mese in corso (numero di mesi scaduti)
- N-K = durata residua

In alternativa la Società su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione anticipata, fornirà le coperture assicurative fino all'originaria scadenza contrattuale in favore dell'Assicurato quale nuovo Beneficiario. Ai fini della determinazione della prestazione assicurata, che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e della rata mensile saranno quelli risultanti dal piano di ammortamento originario.

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

5.1. Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato sul frontespizio del modulo di richiesta del finanziamento alla voce "Assicurazione facoltativa Credit Protection".

5.2. La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale assicurato.

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

Durata del Finanziamento	Tasso di premio lordo per garanzie:		Tasso di premio lordo Totale
	Morte e Invalidità Totale Permanente	Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale	
6-36 mesi	2,49%	0,81%	3,30%
37-48 mesi	3,02%	0,98%	4,00%
49-72 mesi	3,17%	1,03%	4,20%
73-84 mesi	3,40%	1,10%	4,50%
85-120 mesi	5,56%	1,79%	7,35%
121-180 mesi	5,67%	1,83%	7,50%

ART. 6 – DENUNCIA DEI SINISTRI

- 6.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa 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 al Contraente telefonicamente al numero:

02-69942850

- 6.2. Ai fini di cui all'articolo che precede, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono debitamente compilare l'apposito modulo di denuncia 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:

AGOS DUCATO S.p.A.
Via Bernina 7
20158 Milano

- 6.3. Unitamente al modulo di Sinistro debitamente compilato, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione:

Per la copertura assicurativa per il caso Morte:

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

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

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

Per la copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio:

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

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

- verbale dei Carabinieri;
- verbale di Pronto Soccorso.

Per la copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio:

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

Per la copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero da Malattia:

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

- 6.4. Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla presente Polizza. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

6.5. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, 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 Convenzione 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 Convenzione 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 valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

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 artt. 1892, 1893 e 1894 Cod.Civ..

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 – DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dalla presente Polizza Convenzione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

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 raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per 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, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 15.1. Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato nei confronti della Società, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.
- 15.2. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto, specificando in maniera dettagliata le ragioni o i fatti invocati, al Contraente al seguente indirizzo:

Agos Ducato S.p.A.
Via Bernina, 7
20158 Milano

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

CACI Life Ltd o CACI Non -Life Ltd
Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)
Fax: 0035 31 603 96 49

- 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. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente (Central Bank of Ireland) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che, fatto salvo il tentativo di mediazione ai sensi del paragrafo 16.4 ove obbligatorio per legge, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.
- 15.4. Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa al rapporto contrattuale tra la Società, l'Assicurato e il Beneficiario sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del foro di residenza dell'Assicurato.

ART. 16 – COLPA GRAVE, TUMULTI

- 16.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.
- 16.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ., la copertura assicurativa per il rischio Inabilità Temporanea Totale si estende 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 Convenzione.

ART. 18 – PRESCRIZIONE

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

ART. 19 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo medico, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali di comune accordo tra essi o, in caso di mancato accordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città

ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 20 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che al momento del verificarsi del Sinistro, l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data. L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 80.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 80.000,00. La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Morte è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo dell'Assicurato in relazione al 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 o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 21 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da Infortunio, di grado non inferiore al 66%, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che al momento dell'accertamento dell'invalidità l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Finanziamento. Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data. L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 80.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 80.000,00.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo dell'Assicurato in relazione al 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 o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 22 – COPERTURA PER IL CASO INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Totale Temporanea medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. Si precisa inoltre che 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 e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 1.000,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta a fare è di 12 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca prima che siano trascorsi 60 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di Franchigia, ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo dell'Assicurato in relazione al 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 o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 23 – COPERTURA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi una Malattia dalla quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. Si precisa inoltre che 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 e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 1.000,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta a fare è di 12 indennizzi mensili nel corso della durata della copertura assicurativa.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è il Contraente il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo dell'Assicurato in relazione al 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 o azioni da chiunque avanzate o promosse.

ART. 24 – MASSIMALI

24.1. L'indennizzo non potrà superare il massimale di:

- € 80.000,00 in caso di Morte e Inabilità Totale Permanente da Infortunio;
- € 1.000,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia.

24.2. I massimali sopra descritti sono da intendersi per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente.

In nessun caso la Società sarà tenuta a corrispondere per i casi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e per i casi di Ricovero Ospedaliero da Malattia più n. 12 indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 25 – ESCLUSIONI

Sono espressamente esclusi per la copertura assicurativa per il Caso Morte:

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

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

Sono espressamente esclusi per le coperture assicurative per il Caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio:

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

Sono espressamente esclusi per la copertura assicurativa per il Caso Ricovero Ospedaliero da Malattia:

1. malattie causate da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. malattie causate all'Assicurato da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
3. gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza delle coperture e che è associata ad un pericolo per la salute della madre;

4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
5. malattie causate 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, eccetera);
6. eventi determinati per effetto di qualsiasi infermità mentale;
7. applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
8. le conseguenze di malattie e di situazioni patologiche avvenute antecedentemente alla data di decorrenza della copertura e già note in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale.

“ Tutela Privacy ”

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

Finalità del trattamento dei dati

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

Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati

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

Modalità del trattamento dei dati

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

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

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

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

Diritti dell'interessato

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

Titolare e responsabile/i del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono CACI Life Ltd. e CACI Non-Life Ltd., ciascuna con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda

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

3. GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica la persona fisica che, in qualità di richiedente, ha sottoscritto il Contratto di Finanziamento di tipo "Prestito Personale" concesso ed erogato dal Contraente, ha aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione all' "Assicurazione facoltativa Credit Protection" e che risiede in Italia alla data in cui la richiesta di adesione alla copertura assicurativa è stata assicurata da CACI.
- **Beneficiario:** indica il Contraente che accetta. Solo in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento e proseguimento delle coperture assicurative fino all'originale scadenza, Beneficiario sarà l'Assicurato o gli eredi legittimi e/o testamentari dello stesso salvo quanto previsto dalle norme di legge e regolamenti vigenti.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento di tipo "Prestito Personale" con Agos Ducato S.p.A.
- **Contraente:** indica AGOS DUCATO SPA, con sede legale in Via Bernina 7 - Milano, che stipula la presente Polizza per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento "Prestito Personale" con il quale il Contraente concede in prestito al Cliente una somma di importo massimo pari ad Euro 80.000,00 (ottantamila), che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata massima pari a 180 mesi, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla presente Polizza Convenzione sottoscritta dal Cliente contestualmente al Contratto di Finanziamento.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli Artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente al Cliente prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio:** indica la perdita totale temporanea a seguito di Infortunio, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Sono inoltre parificati agli Infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 66%.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire dell'Inabilità Temporanea Totale, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale la copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero per Malattia non è efficace.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, 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.

- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata sul frontespizio del modulo di richiesta del Finanziamento alla voce "Assicurazione facoltativa Credit Protection", dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative.
- **Ricovero Ospedaliero:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte CACI Life Limited; in relazione all'adesione alle coperture assicurative per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia, si intende CACI Non-Life Limited.

4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE

FAC-SIMILE

La Dichiarazione di Adesione è parte integrante del Contratto di Finanziamento. Nel frontespizio del Modulo di richiesta del Finanziamento verrà indicato l'importo del premio e i costi percepiti in media dal Contraente.

ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE FACOLTATIVA CREDIT PROTECTION

Il sottoscritto	nato a	il
e residente a	Via/Piazza.....	n° CAP.....
Cod. Fiscale.....	Professione.....	Documento(tipo/numero).....
in qualità di intestatario del Finanziamento n..... acceso presso Agos Ducato S.p.A		

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

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

DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO.....

Il sottoscritto Assicurato:

- **dichiara** di aderire alla Polizza Collettiva indicata sul frontespizio del modulo di richiesta del Finanziamento, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Sul frontespizio del modulo di richiesta del Finanziamento, sono indicati: il premio assicurativo, alla voce "Assic.ne CPI", i relativi costi totali a carico dell'Assicurato e l'importo percepito da Agos Ducato quale compenso di intermediazione assicurativa. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Compagnie e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- consapevole che le condizioni di buono stato di salute risultanti dalle dichiarazioni di seguito riportate costituiscono condizione essenziale di assicurabilità, **dichiara inoltre**:
"non ho ancora compiuto 65 anni di età; sono in buono stato di salute; non sono affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di un trattamento medico continuativo nel tempo; non sono mai stato assente dal lavoro, negli ultimi 12 mesi, per più di 30 gg. consecutivi a causa di malattia o infortuni. Inoltre, se lavoratore dipendente del settore privato, dichiaro di percepire retribuzione e di non avere ricevuto dal mio datore di lavoro alcuna contestazione disciplinare, intimazione o comunicazione nella quale vengo individuato come soggetto a una procedura di mobilità, di cassa integrazione o di licenziamento. Sono a conoscenza della possibilità di essere sottoposto, a mie spese, a visita medica per certificare lo stato di salute. "
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Dichiarazione di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento;
- **dichiara** di essere consapevole che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora, tra il momento della sottoscrizione della presente Dichiarazione di Adesione e la data di perfezionamento del Contratto di Finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alle Compagnie di Assicurazione per il tramite di Agos Ducato prima della decorrenza delle coperture assicurative, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.
- **dichiara** di essere a conoscenza che Beneficiario delle prestazioni è Agos Ducato;

- **dichiara**, agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Avvertenze ai fini dell'efficacia delle coperture assicurative:

1. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
2. l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la rispondenza a verità della dichiarazione di buono stato di salute prima della sottoscrizione;
3. anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO.....

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Requisiti di Assicurabilità; Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Decorrenza e cessazione delle garanzie; Esclusioni; Massimali; Denuncia dei sinistri; Cessione dei diritti; Beneficiari delle prestazioni; Diritto di recesso; Controversie.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO.....

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita dalle Compagnie di Assicurazione e da Agos Ducato, di cui alle Condizioni di Assicurazione e alla Informativa Trasparenza del Contratto di Finanziamento, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei dati personali sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie di assicurazione e ad Agos Ducato per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196 del 2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO.....