

COPERTO PRESTITI PERSONALI

Internet/posta



CARDIF

A BNP PARIBAS company



Agos

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

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

INFORMAZIONI SULL'INTERMEDIARIO, SU POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE E SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DELL'ASSICURATO.

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

- a) Nome e cognome comunicati telefonicamente e disponibili c/o Agos Ducato S.p.A.
- b) 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) L'impresa della quale sono offerti i prodotti è: Cardif Assicurazioni S.p.A.
- d) L'Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private di Interesse Collettivo).

- e) **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) 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 : Cardif Assicurazioni S.p.A.
- 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.

NOTA ILLUSTRATIVA DELLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5258

Attenzione: il presente documento ha il solo scopo di fornire una illustrazione sintetica delle caratteristiche della copertura assicurativa prestata dalla Polizza Collettiva n. 5258 stipulata da Agos Ducato S.p.A. nell'interesse dei propri clienti e offerta in abbinamento ai finanziamenti. Il presente documento non costituisce nota informativa né condizioni di contratto. Le condizioni di assicurazione complete sono contenute nei documenti contrattuali.

INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa offerta dalla polizza collettiva n. 5258 .è prestata da Cardif Assicurazioni S.p.A., con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, iscritta al R.I. di Milano, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996).

INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE OFFERTE

Aderendo alla Polizza Collettiva n. 5258 il cliente di Agos Ducato S.p.A. cui viene concesso un finanziamento viene assicurato contro il rischio di non potere pagare le rate di rimborso nel caso di suo decesso o invalidità totale e permanente nonché in caso di inabilità totale e temporanea al lavoro. La Polizza garantisce in tutto o in parte il rimborso del debito residuo ad Agos Ducato S.p.A..

Attenzione: la Polizza esclude la copertura in alcuni specifici casi di morte, invalidità, inabilità, oltre a specifiche ipotesi di franchigia, carenza di copertura e massimali, come altresì precisato nelle condizioni di assicurazione, di cui si raccomanda al cliente la lettura integrale.

Le prestazioni assicurative offerte dalla polizza sono illustrate qui di seguito.

A) POLIZZA COLLETTIVA n. 5258

Copertura assicurativa per Decesso

Rischio assicurato: decesso dell'assicurato salvo i casi di esclusione specificati nelle condizioni di assicurazione.

Prestazione Assicurativa: l'assicuratore liquida, nei limiti dei massimali previsti, una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante al momento del decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute.

Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente

Rischio assicurato l'Invalidità Totale e Permanente dell'assicurato, di grado non inferiore al 66%, salvo i casi di esclusione specificati nelle condizioni di assicurazione.

Prestazione Assicurativa: L'assicuratore liquida nei limiti dei massimali previsti, una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento del sinistro, esclusi eventuali importi di rate insolute.

Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

Rischio assicurato: l'inabilità temporanea totale al lavoro a favore di assicurati che, al momento del sinistro, esercitano un'attività lavorativa continuativa.

Prestazione assicurativa: l'Assicuratore corrisponde un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa fino a concorrenza dei massimali previsti dopo un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni.

PREMIO

Il premio è unico, anticipato e dipende dall'importo e dalla durata del finanziamento ed è incluso nel capitale finanziato ed è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione.

DECORRENZA E DURATA

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento

Le coperture assicurative hanno termine:

- alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso;
- alla fine del mese di compimento, da parte dell'Assicurato, del 75° anno di età per la garanzia Decesso;
- alla fine del mese di compimento del 65° anno di età per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea e Invalidità Totale e Permanente;
- in caso di sinistro pagato in relazione alle garanzie Decesso ed Invalidità Totale e Permanente;
- alla data di pensionamento per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea. In tal caso l'Assicurato non lavoratore potrà, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi di polizza, godere delle garanzie Decesso ed Invalidità Totale e Permanente.
- in caso di estinzione anticipata del finanziamento laddove l'Assicurato abbia optato per l'estinzione delle garanzie.

NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE della Polizza Collettiva n. 5258 (ed. Gennaio 2010)

La Polizza Coperto è facoltativa

NOTA INFORMATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE IMPRESE

- Cardif Assicurazioni S.p.A., Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano, Italia, impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento dell'ISVAP emesso in data 19.11.1996 pubblicato sulla G.U. del 28.11.1996, n. 279. Telefono: 02 772241.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGISLAZIONE APPLICABILE

Ai sensi degli Artt. 180 e 181 del D. Lgs n. 209/2005, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana, così come preventivamente convenuto tra gli Assicuratori e la Contraente.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO E AI SINISTRI

Reclami all'impresa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, **devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa** e, in particolare, alla **funzione Ufficio Reclami**, incaricata del loro esame, ai seguenti recapiti:

- a Cardif Assicurazioni S.p.A- **Ufficio Reclami** - Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

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, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'ISVAP sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'ISVAP

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza/sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità/sistema, dandone notizia al reclamante.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

In sede di conclusione del contratto, gli Assicurati devono fornire alle Compagnie dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che gli Assicurati rilascino dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.

DURATA DELLE GARANZIE

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle polizze si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Si invita l'Assicurato a leggere con particolare attenzione le clausole concernenti le garanzie incluse e quelle escluse nelle coperture assicurative, la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Assicurato: la persona fisica, di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti, che in qualità di richiedente ha sottoscritto il finanziamento di tipo "Prestito Personale" erogato dalla Contraente, ha aderito alla Polizza sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione riportata sul frontespizio del contratto di finanziamento ed ha accettato di corrispondere il relativo costo.

Assicuratore: Cardif Assicurazioni S.p.A., con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, capitale sociale € 59.383.334 autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996). Reg. Imp. n° 355176 Trib. Milano – P.I. 11552470152 – R.E.A. n° 1475525. Società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di Cardif S.A.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: Il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Contraente: Agos Ducato S.p.A. che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivono finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.

Data di Decorrenza: data in cui le garanzie assicurative previste dalla Polizza hanno effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui le garanzie assicurative previste dalla Polizza non hanno più effetto.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Franchigia: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle condizioni di assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalità Totale e Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, l'Assicuratore presta le garanzie.

Parti: Assicurato, Assicuratore, Contraente.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5258 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Art 1. Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato le seguenti garanzie valide in tutti i paesi del mondo:

- **Copertura per Decesso** per tutti gli Assicurati;
- **Copertura per Invalidità Totale e Permanente**, per tutti gli Assicurati;
- **Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, svolgano un'attività lavorativa continuativa.

Art. 2. Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica, sottoscrittore del finanziamento concesso dalla Contraente, di età, al momento dell'adesione, non superiore ai 65 anni. Si aderisce sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione riportata sul frontespizio del contratto di finanziamento.

Art. 3. Decorrenza e cessazione delle garanzie

Art. 3.1 - Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento.

Art. 3.2 - Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso;
- alla fine del mese di compimento del 75° anno di età per la garanzia Decesso;
- alla fine del mese di compimento del 65° anno di età per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea, Invalidità Totale e Permanente;
- in caso di sinistro pagato in relazione alle garanzie Decesso ed Invalidità Totale e Permanente;
- alla data di pensionamento per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea. In tal caso l'Assicurato non lavoratore potrà, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi di polizza, godere delle garanzie Decesso ed Invalidità Totale e Permanente.
- in caso di estinzione anticipata del finanziamento laddove l'Assicurato abbia optato per l'estinzione delle garanzie.

Art. 3.3 - Estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione totale anticipata del finanziamento da parte dell'Assicurato, la copertura assicurativa resta in vigore secondo quanto previsto dall'originale piano di rimborso del finanziamento e beneficiario di tutte le garanzie sarà l'Assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi. L'Assicurato potrà richiedere la cessazione della copertura, mediante comunicazione inviata per iscritto al Contraente entro 30 giorni dalla data di estinzione anticipata del finanziamento. In tal caso il Contraente restituirà all'Assicurato la frazione di premio, al netto delle imposte di legge e di costi di acquisizione, relativa al rischio non corso, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

Art. 4. Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di decorrenza, dandone comunicazione alla Contraente a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il recesso dal contratto determina la cessazione della copertura assicurativa dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata e la restituzione al cliente, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle imposte, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

Art. 5. Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

5.1 Copertura assicurativa per Decesso

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa. L'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante al momento del Decesso e secondo il piano di rimborso in essere a tale data, esclusi eventuali importi di rate insolute.

5.2 Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente, a seguito di infortunio o malattia, di grado non inferiore al 66%.

Il grado di invalidità permanente totale viene accertato 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 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche ed integrazioni. Nei casi di Invalidità Totale e Permanente non previsti dalla sopraccitata norma, la valutazione del grado di invalidità sarà concordata tra il medico dell'Assicurato ed il medico dell'Assicuratore e terrà conto, con riguardo ai casi di invalidità totale e permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

L'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento del Sinistro, secondo il piano di rimborso in essere a tale data, **al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza ed esclusi eventuali importi di rate insolute.**

Come data di sinistro si intende, in caso di infortunio, la data di accadimento e in caso di malattia la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

5.3 Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

La garanzia si applica solo agli Assicurati che, al momento del sinistro, esercitino un'attività lavorativa continuativa.

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di Infortunio o Malattia.

La copertura assicurativa per il caso di inabilità temporanea e totale al lavoro dovuta ad infortunio e malattia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa come risultante dal certificato medico.

L'Assicuratore, dopo il periodo di franchigia sopra indicato, corrisponde un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa secondo il piano di rimborso in essere all'inizio di tale inabilità.

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 della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia. Qualora il nuovo sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di franchigia.

Art. 6. Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) **dolo dell'Assicurato, del Contraente ovvero del Beneficiario;**
- b) **partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;**
- c) **azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di decorrenza dell'assicurazione; 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 d'alcolismo acuto o cronico;**
- d) **infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- e) **partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
- f) **infortuni già verificatisi e malattie note o diagnosticate alla Data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;**
- g) **infortuni e malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;**
- h) **infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;**

- i) infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- j) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro;
- l) ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata.

Art. 7. Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario è la Contraente, che accetta, ai fini di estinguere o ridurre il debito dell'Assicurato e fino a concorrenza delle somme ad essa dovute dall'Assicurato e, per l'eccedenza, l'Assicurato stesso o gli aventi diritto ai quali la Contraente provvederà a versare tale eccedenza.

Nel caso di estinzione anticipata del finanziamento, laddove l'Assicurato abbia optato per la continuazione delle coperture, Beneficiario è l'Assicurato stesso ovvero, in caso di morte i suoi eredi.

Art. 8. Premi dell'assicurazione

Il premio è unico, anticipato e dipende dall'importo e dalla durata del finanziamento ed è incluso nel capitale finanziato. Il tasso di premio, espresso in percentuale del capitale finanziato è indicato nelle tabelle che seguono:

Durata del finanziamento "coperto" Internet/Posta	Tasso di premio lordo % CF
0 - 72 mesi	2,82%
73 - 120 mesi	4,53%

L'ammontare dei Premi è indicato sul contratto di finanziamento ed è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione.

Art. 9. Massimale

A ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è:

- per le garanzie Decesso, Inabilità Totale e Permanente: € 75.000;
- per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro: € 1.000 per indennità mensile. La prestazione è limitata inoltre a massimo 12 indennità mensili per sinistro e massimo 12 mensilità per l'intera durata della copertura.

Art. 10. Denuncia dei Sinistri

Tutti i sinistri devono essere tempestivamente denunciati utilizzando gli appositi moduli prestampati forniti dietro richiesta telefonica da Agos Ducato S.p.A. Si considerano valide solo le denunce inviate entro i termini di Legge (Art. 2952 c.c.). L'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritiene necessaria per la corretta valutazione del sinistro (le pratiche saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta).

I sinistri possono anche essere denunciati direttamente all'Assicuratore scrivendo a Cardif – Gestione Linea Persone – Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano, fax n. 02 77224261. L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 02 77224392.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore):

Decesso: certificato di morte; certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; copia del reperto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia; copia autenticata del testamento o dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi.

Invalità Totale e Permanente: certificazione di invalidità totale e permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: dichiarazione del medico curante e, in caso di ricovero ospedaliero, certificato di ricovero e o copia della cartella clinica.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Art. 11 Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al sinistro ed entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Legge Applicabile

La legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 13 Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 17, tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Linea Persone - Largo Toscanini 1 – 20122 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 14 Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 15 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Assicurato e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato e/o avente diritto.

Art. 17 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Cardif Assicurazioni S.p.A. – Direzione Gestione e Assistenza Clienti - Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano n° fax 02.77.224.265 – indirizzo e-mail: reclami@cardif.com

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. 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. 18 Tutela dati -Informativa ai sensi dell'art. 13 d .lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Cardif Assicurazioni S.p.A. (di seguito la "Compagnia") in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico delle Compagnie; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a:

- Cardif Assicurazioni S.p.A., in persona del Direttore Generale, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali di clienti / marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Largo Toscanini n. 1, 20122 Milano; *e-mail* privacy_it@cardif.com