

PROTEZIONE LEASING SCANIA

(Polizza Collettiva n. 4722)

Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE del prodotto assicurativo composto da:

- DIP DANNI
- DIP VITA
- DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprehensive di Glossario)
- RICHIESTA DI ADESIONE (*facsimile*)

Ed inoltre:

- Nota informativa Privacy



AXA FRANCE VIE, compagnia assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: www.clp.partners.axa/it.

L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

DIP DANNI

Assicurazione Temporanea Caso Morte con garanzie complementari

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AXA France VIE

Autorizzata in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Appendice Elenco II, nr. I.00022.

Prodotto: Protezione Leasing Scania



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

L'Assicurazione Protezione Leasing Scania è una Polizza Collettiva (n. 4722) stipulata da SCANIA FINANCE ITALY S.p.A. (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i titolari di leasing sottoscritti con il Contraente. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisi che possono colpire la persona assicurata, pregiudicandone la capacità di pagamento del leasing. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diverse opzioni assicurative (base, complementare obbligatoria e complementare facoltativa). Ciascuna opzione assicurativa prevede l'offerta (congiunta o meno) di una garanzia di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita, garanzia base (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).

Che cosa è assicurato?

OPZIONE 2 Complementare Obbligatoria (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata massima 3 anni)

- ✓ **Invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 66%** - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al debito residuo oltre l'anticipo non ammortizzato.

OPZIONE 3 Complementare Facoltativa (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata massima 5 anni)

- ✓ **Inabilità Totale e Temporanea da infortunio o malattia** - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un Indennizzo pari ad una o più rate del leasing per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un Indennizzo pari ad una o più rate del leasing per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero.

Le predette garanzie di ramo danni sono sempre prestate congiuntamente alla garanzia di ramo vita (Decesso garanzia Base) prestata dalla Compagnia AXA France Vie.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile il soggetto persona fisica che:

- ✗ non sia residente in Italia;
- ✗ non ricopra all'interno della società sottoscrittrice del contratto di Leasing il ruolo di Amministratore, Socio, o Azionista, ovvero il/i loro eventuale/i garante/i
- ✗ al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 65 anni compiuti;
- ✗ abbia un'età superiore ai 70 anni compiuti alla scadenza delle coperture assicurative per la garanzia Invalidità Totale e Permanente e 65 anni compiuti per la garanzia Inabilità Totale Temporanea.

Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni per la garanzia Invalidità Totale e Permanente

- ! malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai, pugilato, lotta nelle varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere, paracadutismo e similari;
- ! malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, helisnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snowrafting, skeleton, slittino, bobsleigh, motoslitte e similari
- ! La copertura relativa al rischio di Inabilità Temporanea Totale è esclusa in caso di interruzioni di lavoro dovute a gravidanza

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- **all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva:** devi compilare accuratamente e sottoscrivere la richiesta di adesione, il questionario medico semplificato e, ove richiesto il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **in caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a pagare un Premio annuo, da corrispondere tramite versamento mensile.
- I premi vanno versati con la seguente modalità: bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza coincidente con la data di verbale di consegna del Leasing, a condizione che ci sia stata l'accettazione da parte della compagnia all'adesione alla polizza e che il premio sia stato pagato.
- Le coperture assicurative hanno durata una durata variabile da 12 mesi fino a 84 mesi pari alla durata del contratto di leasing.



Come posso disdire il Contratto?

- Hai il diritto di recedere dal Contratto entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui vieni informato che il contratto è concluso.
- Hai altresì diritto di recedere annualmente dal contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità.
- L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

DIP VITA

Assicurazione Temporanea Caso Morte con garanzie complementari

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti

d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa: AXA France VIE

Prodotto: Protezione Leasing Scania

Versione 01/01/2019



Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

L'Assicurazione Protezione Leasing Scania è una Polizza Collettiva (n. 4722) stipulata da SCANIA FINANCE ITALY S.p.A. (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i titolari di leasing sottoscritti con il Contraente. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisi che possono colpire la persona assicurata, pregiudicandone la capacità di pagamento del leasing. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diverse opzioni assicurative (base, complementare obbligatoria e complementare facoltativa). Ciascuna opzione assicurativa prevede l'offerta congiunta di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di garanzie di ramo danni (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni)

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>OPZIONE 1, 2 e 3 Garanzia Base (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati)</p> <p>✓ Decesso dell'Aderente/Assicurato - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al debito residuo oltre l'anticipo non ammortizzato.</p> <p>Le predette garanzie di ramo vita sono prestate congiuntamente alla garanzia di ramo danni (Invalidità Totale Permanente garanzia complementare obbligatoria e Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero garanzia complementare facoltativa) prestate dalla Compagnia AXA France Vie.</p>	<p>Non è assicurabile la persona fisica che</p> <ul style="list-style-type: none">✗ non sia residente in Italia;✗ non ricopra all'interno della società sottoscrittrice del contratto di Leasing il ruolo di Amministratore, Socio, o Azionista, ovvero il/i loro eventuale/i garante/i✗ al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 65 anni compiuti;✗ abbia un'età superiore ai 70 anni compiuti alla scadenza della copertura assicurativa. <p>Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Principali esclusioni garanzia Decesso</p> <ul style="list-style-type: none">! dolo dell'Aderente/Assicurato o del Beneficiario;! partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a: reati e delitti, fatti di guerra dichiarata o di fatto (salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, risse (tranne per il caso di legittima difesa), atti di terrorismo o sabotaggio;! Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;! 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)! azioni intenzionali dell'Aderente/Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi 24 mesi dalla data di decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio, la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Aderente/Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- all'atto della **adesione alla polizza**: devi compilare accuratamente e sottoscrivere la richiesta di adesione, il questionario medico semplificato e ove richiesto il questionario anamnestico, e devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **in caso di presentazione di una denuncia di sinistro**: sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a pagare un Premio annuo, da corrispondere tramite versamento mensile.
- I premi vanno versati con la seguente modalità: bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di firma del contratto di Leasing con il Contraente e dalla firma della Richiesta d'adesione, a condizione che ci sia stata l'accettazione da parte della compagnia all'adesione alla polizza e che il premio sia stato pagato.
- La copertura assicurativa ha durata una durata variabile da 12 mesi fino a 84 mesi pari alla durata del contratto di leasing.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

- Hai il diritto di recedere dal Contratto entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui vieni informato che il contratto è concluso.
- L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- il Contratto NON prevede la sospensione del pagamento dei Premi.
- Il Contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione Temporanea Caso Morte da Infortunio o Malattia con garanzie complementari

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Impresa: AXA France VIE
Prodotto: Protezione Leasing Scania

Versione 01/01/2019

Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero)

AXA FRANCE VIE, compagnia assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: www.clp.partners.axa/it.

L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 8.148 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 7.660,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2017).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 149% e 331%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo vita

- **Decesso** : la prestazione è soggetta ad un massimale di €300.000,00.

Ramo danni

- **Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia**, di grado pari o superiore al 66% - L'indennizzo è soggetto ad un massimale di € 300.000,00.
- **Inabilità Totale e Temporanea da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero**, massimale di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile del Leasing, con un numero massimo di 12 rate mensili del Leasing per singolo sinistro e per l'intera durata della Copertura Assicurativa.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Copertura Assicurativa;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- incidenti di volo se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione a competizioni di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;
- malattie o infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- malattie o infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate

Ramo Danni

Esclusioni garanzia **Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- dolo dell'Aderente/Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a: reati e delitti, fatti di guerra dichiarata o di fatto (salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, risse (tranne per il caso di legittima difesa), atti di terrorismo o sabotaggio;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- 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)
- azioni intenzionali dell'Aderente/Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi 24 mesi dalla data di decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio, la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Aderente/Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Copertura Assicurativa;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- incidenti di volo se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione a competizioni di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;
- malattie o infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- malattie o infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Altre limitazioni garanzia **Inabilità Totale e Temporanea**:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di Inabilità)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 60 giorni.

Altre limitazioni garanzia **Ricovero Ospedaliero**:

- Periodo di Franchigia: 7 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 7gg. consecutivi di Ricovero)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 60 giorni.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o

qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).


Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.





Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


<p>Cosa fare in caso di sinistro</p>	<p>Denuncia di sinistro: I sinistri vanno denunciati all'Impresa nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - via posta (anche raccomandata): AXA France Vie - C.so Como, 17 – 20154 Milano (MI) <p>anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando la seguente documentazione (in copia):</p> <p>DECESSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia della Richiesta d'adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico; - certificato di morte; - relazione medica sulle cause del decesso ed 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. Se esistente, copia del referto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico. <p>INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia della Richiesta d'adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico; - dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante; - copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero; - in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; - certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile. <p>INABILITA' TOTALE TEMPORANEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia della Richiesta d'adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico; - dichiarazione del sinistro compilata dal medico curante. - in caso di ricovero ospedaliero, copia della cartella clinica. <p>RICOVERO OSPEDALIERO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il giorno, il luogo e la causa dell'evento che ha determinato il ricovero ospedaliero (denuncia del sinistro). - cartella clinica in copia conforme all'originale relative al ricovero ospedaliero; - comunicazione documentata dal Contraente che attesti l'ammontare del debito residuo e della rata del Leasing alla data di sinistro dell'Aderente/Assicurato e certifichi il regolare periodico rimborso del Leasing. <p>Prescrizione garanzia VITA: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p> <p>Prescrizione garanzia DANNI: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p>Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Se l'Impresa, in</p>


	occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto.
--	--


 Quando e come devo pagare?	
Premio	Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del primo premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 30 giorni dalla stipula.
Sconti	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<ul style="list-style-type: none"> data del riscatto previsto dal piano di rimborso fissato al momento della sottoscrizione della Copertura Assicurativa; in caso di sinistro pagato dall'Impresa in relazione alla garanzia Decesso o Invalidità Totale Permanente; estinzione anticipata del contratto di Leasing (salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato faccia richiesta di trasferimento del contratto di Leasing e di mantenere la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale); fine del mese di compimento da parte dell'Assicurato dei 70 anni di età se precedente alla Data di Scadenza, per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente; fine del mese di compimento da parte dell'Assicurato dei 65 anni di età se precedente alla Data di Scadenza o pensionamento, per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.

 Come posso revocare la proposta o recedere dal Contratto?	
Revoca	La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.
Recesso	In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Risoluzione	Il Contratto non prevede la risoluzione per la sospensione del pagamento dei Premi.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Questo prodotto assicurativo è dedicato ai titolari di Leasing sottoscritti con Scania Finance Italy S.p.A. Si tratta di un Polizza Collettiva con tariffa a "premio annuo e capitale decrescente secondo la legge di ammortamento del Leasing".	

 Quali costi devo sostenere?	
Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 48,50% del Premio annuo versato al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 86,60% del costo stesso.	

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>
Richiesta di informazioni	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Puoi presentare i reclami alle Imprese scrivendo ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none">• Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA France Vie C.so Como, 17, 20154 Milano (MI)• Posta elettronica (e-mail): mail: service.axacreditorit@axa.fr;• Fax: +33 164 73 46 60 Tel: +39 02 62 03 30 09 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, puoi rivolgerti all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>In alternativa, se sei domiciliato in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:</p> <p style="text-align: center;">La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p> <p>O tramite la procedura sul sito web: https://www.mediation-assurance.org, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">• Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti.• Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile come sopra specificato.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<ul style="list-style-type: none">• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.• Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, hai diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.
---	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO O IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aderente/Assicurato:	tutte le persone titolari di Leasing con Scania Finance Italy S.p.A., ovvero le persone che ricoprono all'interno della società sottoscrittrice del contratto di Leasing il ruolo di Amministratore, Socio, o Azionista, ovvero il/i loro eventuale/i garante/i , che alla data di adesione abbiano compiuto almeno 18 anni e non ancora 65, e che abbiano aderito alla Polizza Collettiva. Per ciascuna garanzia sono previsti requisiti soggettivi particolari, indicati nel dettaglio nell'Art. 13 - Persone Assicurabili - delle Condizioni di Assicurazione.
Beneficiario:	soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dalla Copertura assicurativa.
Capitale Assicurato:	prestazione in forma di capitale che l'Impresa corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Aderente/Assicurato nel corso della Durata della Copertura assicurativa.
Compagnia / Impresa:	AXA FRANCE VIE.
Conclusione della Copertura assicurativa:	A condizione che sia stato pagato il Premio previsto e siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta d'adesione e, ove richiesto, del Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta, la Copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di verbale di consegna del Leasing e avrà termine alla Data di Scadenza coincidente con la data di riscatto previsto dal contratto di Leasing.
Condizioni di Assicurazione:	insieme delle clausole di base che regolano la Polizza Collettiva e riguardano gli aspetti generali quali il pagamento del Premio, la Data di Decorrenza, la Durata Contrattuale.
Contraente:	SCANIA FINANCE ITALY S.p.A.
Copertura assicurativa:	insieme delle garanzie prestate dalla presente Polizza Collettiva.
Costi (o spese):	oneri a carico dell'Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e Perfezionamento della Copertura assicurativa:	data a partire dalla quale la Copertura assicurativa produce i suoi effetti; coincide con la data di Conclusione della Copertura assicurativa.
Data di Scadenza:	data prevista come termine di efficacia della Copertura assicurativa ed a partire dalla quale cessano gli effetti dello stesso. E' stabilita in base alla durata del Leasing.
Decesso:	La morte dell'Aderente/Assicurato.
Diritti (propri) del Beneficiario:	diritto del Beneficiario alle prestazioni della Copertura assicurativa dovute dall'Impresa; è acquisito per effetto della designazione da parte dell'Aderente/Assicurato.
Durata Contrattuale:	periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza della Copertura assicurativa o, se precedente, alla data in cui si manifesta l'evento coperto dal Decesso o dall'Invalidità Totale e Permanente.
Esclusioni:	rischi esclusi o limitazioni relativi alla Copertura assicurativa prestata dall'Impresa, elencati in apposite clausole della Polizza Collettiva.
Franchigia Relativa:	caso in cui il superamento del periodo di franchigia comporti l'integrale liquidazione dell'Indennizzo.

Inabilità Temporanea Totale:	la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
Indennizzo o Liquidazione:	pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.
Infortunio:	<p>ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca il Decesso dell'Assicurato o lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale e Permanente o l'Inabilità Totale Temporanea.</p> <p>Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; 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; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.</p>
Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:	la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado di percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 66%.
Intermediario	SCANIA FINANCE ITALY S.p.A.
Istituto di Cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che ha svolto, fino al 31 dicembre 2012, funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo) a decorrere dal 1° gennaio 2013.
Leasing:	contratto sottoscritto dall'Assicurato con Scania Finance Italy S.p.A., cui sono collegate le prestazioni previste dalla Copertura assicurativa, avente ad oggetto il pagamento di una somma di denaro contro la restituzione periodica di una quota parte della somma capitale maggiorata degli interessi sulla stessa nel frattempo maturati.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Normale Attività Lavorativa:	l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Aderente/Assicurato con carattere di abitudine e prevalenza immediatamente prima del sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Aderente/Assicurato.

Perfezionamento della Copertura Assicurativa:	coincide con la Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia pagato la prima rata del Premio e siano stati compilati e sottoscritti la Richiesta d'adesione, e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, compilato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e ulteriore documentazione eventualmente richiesta e che questa documentazione sia stata accettata dall'Impresa.
Periodo di Carenza:	periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale le garanzie non hanno effetto.
Periodo di Franchigia:	periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un sinistro, in relazione al quale, pur in presenza di un sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Collettiva, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
Periodo di Riqualificazione:	periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero ospedaliero, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Aderente/Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo sinistro.
Premio:	importo annuo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere all'Impresa, per il tramite del Contraente, alla sottoscrizione della Copertura Assicurativa per le garanzie assicurative prestate.
Polizza Collettiva:	il presente contratto di assicurazione, denominato "AXA Protezione Leasing", stipulato tra la Contraente e l'Impresa.
Questionario Medico Semplificato / Questionario Anamnestico:	Documenti che l'Aderente/Assicurato devono compilare, ove richiesto dall'Impresa, prima della stipulazione della Copertura Assicurativa, contenenti domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono all'Impresa per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Richiesta d'adesione:	modulo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, in qualità di aderente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo della Polizza Collettiva e manifesta all'Impresa la volontà di aderire alla Polizza Collettiva medesima. E' soggetto all'approvazione dell'Impresa.
Rata del Leasing:	l'importo mensile di rimborso del Leasing al momento del verificarsi del sinistro. In caso di diverso frazionamento delle rate del Leasing, il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi.
Recesso:	diritto del Contraente di recedere dalla Polizza Collettiva e farne cessare gli effetti, da comunicarsi dall'Aderente/Assicurato all'Impresa entro 30 giorni dal Perfezionamento della Copertura Assicurativa.
Rischio Demografico:	rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Aderente/Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione della vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Aderente/Assicurato che si ricollega l'impegno dell'Impresa di erogare la prestazione assicurata.
Set Informativo:	Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: DIP base danni; DIP base vita; DIP aggiuntivo multirischio; Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario; Fac-simile della Richiesta di Adesione comprensiva di Questionario Medico Semplificato e Questionario Anamnestico.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie offerte dalla Copertura Assicurativa dipendono dal totale del Capitale Assicurato, quest'ultimo pari alla somma tra il nuovo Capitale Assicurato e l'eventuale Capitale Assicurato residuo di precedenti Leasing richiesti dall'Aderente/Assicurato e collegati ad AXA Protezione Leasing.

L'Impresa, alle condizioni di seguito indicate, garantisce gli Aderenti/Assicurati contro i rischi di:

A) Decesso per qualunque causa (garanzia di ramo vita) – GARANZIA OBBLIGATORIA

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti/Assicurati.

2. **Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.

3. **Franchigia e Carenza:** non previste.

4. **Prestazione assicurativa:** in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato prima della Data di Scadenza, l'Impresa pagherà al Beneficiario, se la posizione risulterà in regola con il pagamento dei Premi, il Capitale Assicurato pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data del Sinistro, del contratto di Leasing stipulato dall'Aderente/Assicurato con la Contraente e collegato alla posizione, calcolato ipotizzando il regolare rimborso dello stesso. Pertanto l'importo corrisposto sarà al netto delle rate o quote di rate di Leasing insolute e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. L'Impresa rimborserà, inoltre, l'anticipo non ammortizzato, considerato quale quota dell'anticipo, calcolato in proporzione al rapporto tra la restante durata del contratto di leasing al momento del Sinistro e la durata contrattuale dello stesso.

Eventuali importi eccedenti il debito residuo del contratto di Leasing verranno liquidati agli eredi legittimi dell'Assicurato.

Tale copertura non avrà più efficacia nel caso in cui sia stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale e Permanente. In tale caso, i Premi corrisposti restano acquisiti dall'Impresa poiché le prestazioni sono alternative tra loro.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Aderente/Assicurato, fatte salve le esclusioni e le limitazioni riportate nel successivo Art. 2 - Delimitazioni ed esclusioni – delle Condizioni di Assicurazione.

B) Invalidità Totale Permanente, a seguito di infortunio o malattia (garanzia di ramo danni) – GARANZIA COMPLEMENTARE OBBLIGATORIA

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti/Assicurati.

2. **Rischio assicurato:** Invalidità Totale e Permanente, di grado uguale o superiore al 66%, a seguito di infortunio o malattia.

3. **Franchigia e Carenza:** non previste.

4. **Prestazione assicurativa:** in caso di Invalidità Totale e Permanente per infortunio o per malattia dell'Assicurato, l'Impresa pagherà al Beneficiario, se la posizione risulterà in regola con il pagamento dei Premi, il Capitale Assicurato pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data del Sinistro, del contratto di Leasing stipulato dall'Aderente/Assicurato con la Contraente e collegato alla posizione, ipotizzando il regolare rimborso dello stesso alla data del verificarsi dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia. Pertanto l'importo corrisposto sarà al netto delle rate o quote di rate di Leasing insolute e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. L'Impresa rimborserà, inoltre, l'anticipo non ammortizzato, considerato quale quota dell'anticipo, calcolato in proporzione al rapporto tra la restante durata del contratto di leasing al momento del Sinistro e la durata contrattuale dello stesso.

Eventuali importi eccedenti il debito residuo del contratto di Leasing verranno liquidati all'Assicurato.

La liquidazione della prestazione avverrà all'atto dell'accertamento del sinistro da parte dell'Impresa.

L'Invalidità Permanente Totale è un'invalidità di grado pari o superiore al 66% (tabella INAIL- DPR 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche) che implica la definitiva e totale incapacità dell'Aderente/Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa e deve essere riconosciuta, prima della fine del mese di compimento del 65° anno di età, con certificazione medica dopo un periodo d'Inabilità Temporanea Totale al lavoro di almeno 12 mesi consecutivi dal giorno della prima constatazione della malattia o di almeno 6 mesi consecutivi dalla data dell'evento in caso di infortunio (durante tale periodo il sinistro potrebbe essere riconducibile alla garanzia Inabilità Temporanea Totale, se attivata).

Tale copertura non avrà più efficacia nel caso in cui sia stato liquidato un sinistro a causa di Decesso. In tali casi, i Premi corrisposti restano acquisiti dall'Impresa poiché le prestazioni sono alternative tra loro.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali di cui al Decreto Ministeriale 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale). Nei casi di Invalidità Totale e Permanente non previsti dalla norma sopra citata, la valutazione terrà conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Aderente/Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

La presente garanzia è valida senza limiti territoriali, ma il rischio deve essere certificato da un medico che eserciti nell'Unione Europea. Inoltre essa è soggetta alle limitazioni e alle esclusioni meglio specificate al successivo Art. 2 – Delimitazioni ed esclusioni – delle Condizioni di Assicurazione.

C) Inabilità Temporanea Totale, a seguito di infortunio o malattia – (garanzia di ramo danni) GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

1. Assicurati garantiti: tutti gli Aderenti/Assicurati.

2. Rischio assicurato: Inabilità Temporanea e Totale al lavoro. L'Aderente/Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o di una malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il sinistro egli eserciti effettivamente una attività lavorativa regolare.

3. Franchigia: la copertura prevede un periodo di franchigia di 60 giorni.

4. Carenza: non prevista.

5. Prestazione assicurativa: in caso di infortunio o malattia dai quali derivi un'Inabilità Temporanea durante il periodo di efficacia della relativa Copertura Assicurativa, per il periodo di tale inabilità, l'Impresa pagherà una somma pari all'ammontare delle Rate Mensili in scadenza durante tale periodo in base al rapporto di contratto di Leasing collegato alla Copertura Assicurativa. In caso di diverso frazionamento delle rate del contratto di Leasing, il valore della Rata Mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno suddivise in dodicesimi. Resta in ogni caso esclusa l'eventuale maxirata finale.

Si precisa che è prevista una Franchigia assoluta di 60 giorni. Gli Indennizzi per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale, successivo ai primi 60 giorni di Franchigia assoluta, saranno liquidati con un massimo di **12 indennizzi mensili consecutivi per ogni sinistro** e comunque un limite totale di **12 indennizzi mensili per tutta la Durata della Copertura Assicurativa** per ogni singolo Aderente/Assicurato. Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, se l'Aderente/Assicurato ritorna alla Normale Attività Lavorativa nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del periodo di inabilità precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 60 giorni. Periodi di inabilità per la medesima causa, non separati da un intervallo di tempo superiore a 60 giorni dalla ripresa della Normale Attività Lavorativa, saranno considerati appartenenti alla medesima inabilità.

La presente Garanzia è valida senza limiti territoriali, fatte salve le limitazioni e alle esclusioni specificate al successivo Art. 2 – Delimitazioni ed esclusioni – delle Condizioni di Assicurazione.

D) Ricovero ospedaliero (garanzia di ramo danni) – GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

1. Assicurati garantiti: tutti gli Aderenti/Assicurati.

2. Rischio assicurato: Ricovero ospedaliero dell'Assicurato presso un Istituto di Cura.

3. Franchigia: la copertura prevede un periodo di Franchigia relativa di 7 giorni.

4. Carenza: non prevista.

5. Prestazione assicurativa: In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato presso un Istituto di Cura, dopo un periodo di **Ricovero ospedaliero protrattosi ininterrottamente per oltre 7 giorni**, l'Impresa pagherà al Beneficiario una somma pari all'ammontare delle rate mensili in scadenza durante tale periodo in base al rapporto di contratto di Leasing collegato alla Copertura Assicurativa. In caso di diverso frazionamento delle rate del contratto di Leasing, il valore della Rata Mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno suddivise in dodicesimi. Resta in ogni caso esclusa l'eventuale maxirata finale.

Si precisa che è prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. Gli Indennizzi per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di Ricovero ospedaliero, successivo ai primi 7 giorni di Franchigia Relativa, saranno pari a un massimo di **12 indennizzi mensili consecutivi per ogni sinistro** e comunque un massimo di **12 indennizzi mensili per tutta la Durata Contrattuale**. Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Ricovero ospedaliero, se l'Aderente/Assicurato ritorna alla Normale Attività Lavorativa nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per Ricovero ospedaliero se, dal termine del periodo di ricovero precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 60 giorni. Ricoveri per la medesima causa, non separati da un intervallo di tempo superiore a 60 giorni dalla riprese della Normale Attività Lavorativa, saranno considerati appartenenti al medesimo ricovero.

La presente Garanzia è valida senza limiti territoriali, fatte salve le limitazioni e alle esclusioni specificate al successivo Art. 2 – Delimitazioni ed esclusioni – delle Condizioni di Assicurazione.

2 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture assicurative non comprendono:

- a) **dolo dell'Aderente/Assicurato o del Beneficiario;**
- b) **partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a: reati e delitti, fatti di guerra dichiarata o di fatto (salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, risse (tranne per il caso di legittima difesa), atti di terrorismo o sabotaggio;**
- c) **Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;**
- d) **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)**
- e) **azioni intenzionali dell'Aderente/Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi 24 mesi dalla data di decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio, la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Aderente/Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico;**
- f) **eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
- g) **applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Copertura Assicurativa;**
- h) **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;**
- i) **incidenti di volo se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- j) **partecipazione a competizioni di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
- k) **le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;**
- l) **malattie o infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;**
- m) **malattie o infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;**
- n) **malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;**
- o) **sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.**

La copertura relativa ai rischi di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale è, peraltro, esclusa nei seguenti casi:

- a) **malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai, pugilato, lotta nelle varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere, paracadutismo e similari;**
- b) **malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, hellsnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snowrafting, skeleton, slittino, bobsleigh, motoslitte e similari.**

La copertura relativa al rischio di Inabilità Temporanea Totale è, peraltro, esclusa in caso di interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

3 – MASSIMALI

Per ciascun Aderente/Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Impresa è:

- per le garanzie Decesso e Inabilità Totale Permanente: Euro 300.000,00;
- per le garanzie Inabilità Temporanea e Totale e Ricovero ospedaliero: 2.000,00 Euro per ciascuna rata mensile del Leasing erogato dalla Contraente, con un numero massimo di 12 rate mensili del Leasing per singolo sinistro e per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

4- DURATA DELLA COPERTURA – EFFETTO – DECORRENZA DELLE COPERTURE

A condizione che sia stata pagata la prima rata del Premio annuo previsto e siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta d'adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, compilato datato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia, e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, la Copertura Assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di verbale di consegna del Leasing e avrà termine alla Data di Scadenza coincidente con la data di riscatto previsto dal contratto di Leasing.

Esclusivamente per la garanzia Decesso a seguito di infortunio, tuttavia, la Copertura Assicurativa avrà effetto dal momento in cui l'Aderente/Assicurato sottoscriverà il contratto di Leasing con il Contraente e avrà compilato, datato e sottoscritto la Richiesta d'adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, compilato datato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia, e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

L'assicurando manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte dell'Impresa a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta d'adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, l'Impresa si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, l'Impresa si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'assicurando e, per conoscenza, alla Contraente.

5- CESSAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per tutti gli Aderenti/Assicurati, le Coperture Assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- data del riscatto previsto dal piano di rimborso fissato al momento della sottoscrizione della Copertura Assicurativa;
- in caso di sinistro pagato dall'Impresa in relazione alla garanzia Decesso o Inabilità Totale Permanente;
- estinzione anticipata del contratto di Leasing (salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato faccia richiesta di trasferimento del contratto di Leasing e di mantenere la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale);
- fine del mese di compimento da parte dell'Assicurato dei 70 anni di età se precedente alla Data di Scadenza, per le garanzie Decesso e Inabilità Totale e Permanente;
- fine del mese di compimento da parte dell'Assicurato dei 65 anni di età se precedente alla Data di Scadenza o pensionamento, per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero.

6 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Nel caso di estinzione o risoluzione anticipata, ovvero di trasferimento del contratto di Leasing, l'Aderente/Assicurato avrà la possibilità di chiedere all'Impresa la restituzione della parte di Premio mensile pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza della rata di Premio successiva.

La parte di Premio rimborsata è pari al Premio mensile corrisposto al netto delle tasse applicate riproporzionato in funzione dei giorni mancanti alla scadenza della rata mensile successiva. In tal caso, inoltre, l'Impresa rinuncia a richiedere le successive rate di Premio, fatta salva l'eventualità in cui dovesse

essersi verificato un sinistro indennizzabile ai sensi di polizza, nel qual caso la Contraente provvederà ad addebitare all'Assicurato le suddette rate.

In alternativa, solo in caso di trasferimento del contratto di Leasing, l'Aderente/Assicurato potrà richiedere all'Impresa, tramite raccomandata A.R. entro 30 giorni dall'estinzione del contratto di Leasing, il proseguimento della Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

7 - REVOCA DELLA PROPOSTA

L'Aderente/Assicurato può revocare la Richiesta d'adesione prima che la Copertura Assicurativa sia conclusa, ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 209/05.

La revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Richiesta d'adesione, ed inviata a

AXA France Vie

C.so Como, 17 - 20154 Milano (MI)

Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, l'Impresa restituirà all'Aderente/Assicurato l'intero Premio (eventualmente) già corrisposto.

8 - RECESSO

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **30 (trenta)** giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte);
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di **60 (sessanta)** giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a:

AXA France Vie

C.so Como 17 - 20154 Milano MI

Entro **30 (trenta)** giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto delle imposte. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Aderente/Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. La Compagnia, tramite la Contraente, restituisce all'Aderente/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Adesione emessa.

9 - INCLUSIONI DI UN NUOVO ADERENTE/ASSICURATO NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

L'inclusione di un nuovo Aderente/Assicurato nella Polizza Collettiva è subordinato:

- all'adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente/Assicurato, che contiene la presa di conoscenza ed il consenso all'assicurazione;
- alla documentazione medica richiesta in base all'importo del Capitale Assicurato;
- al pagamento della prima rata mensile del Premio annuo.

A condizione che sia stato pagato il primo Premio mensile previsto, la Copertura Assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di verbale di consegna del Leasing e avrà termine alla Data di Scadenza coincidente con la data di riscatto previsto dal contratto di Leasing.

La Contraente si impegna per ciascun Aderente/Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento nella Polizza Collettiva, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- fornire su supporto informatico l'elenco dei Leasing con l'indicazione delle informazioni dell'Aderente/Assicurato e del capitale residuo del Leasing;
- consegnare l'informativa, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;
- consegnare la documentazione pre-contrattuale e contrattuale di assicurazione;
- consegnare ogni altro documento previsto dalla Polizza Collettiva.

La Contraente sarà tenuta a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dall'Impresa per l'inserimento degli Aderenti/Assicurati nella Polizza Collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità della Polizza Collettiva.

10 - BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero, è l'Aderente/Assicurato stesso; in riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto (o i soggetti) indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Aderente/Assicurato all'interno della Richiesta di Adesione.

L'Aderente/Assicurato può in qualsiasi momento modificare la designazione comunicandola per iscritto alla Compagnia o con testamento nel quale venga chiaramente evidenziato il riferimento al presente contratto di assicurazione.

La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:

- a) dopo che l'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente: (i) la rinuncia al diritto di revoca della designazione in precedenza effettuata; (ii) l'accettazione del beneficio;
- b) dopo la morte dell'Aderente/Assicurato;
- c) dopo che, verificatosi il Decesso dell'Aderente/Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Per effetto della designazione il Beneficiario acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione; le somme corrispostegli a seguito del Decesso dell'Aderente/Assicurato non rientrano pertanto nell'asse ereditario.

Nel caso di estinzione anticipata o accollo del Leasing, laddove sia stato richiesto all'Impresa il mantenimento della Copertura Assicurativa, Beneficiario delle prestazioni resta, in riferimento alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero, l'Aderente/Assicurato o, in riferimento alla garanzia Decesso, il soggetto (o i soggetti) indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Aderente/Assicurato all'interno della Richiesta di Adesione.

La Compagnia provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro trenta giorni dalla ricezione della documentazione di Sinistro completa.

11 - PREMI

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento all'Impresa, da parte della Contraente per conto dell'Aderente/Assicurato, di un Premio annuo, da corrispondere tramite versamento mensile. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Aderente/Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del Premio corrisposto all'Impresa, con le stesse modalità previste per la restituzione del finanziamento.

Mezzi di pagamento. Il pagamento del Premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante: bonifico bancario.

Il contratto non prevede il riscatto

12 - DENUNCIA DEI SINISTRI

Per ottenere la liquidazione della prestazione conseguente al sinistro, devono essere consegnati all'Impresa, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, entro 10 giorni dal momento del sinistro o dal momento in cui l'Aderente/Assicurato o gli aventi causa ne abbiano avuto la possibilità, secondo quanto previsto dall'art.1913 del c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del c.c.

12.1 Decesso

- copia della Richiesta d'adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso ed 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. Se esistente, copia del referto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico.

L'Impresa si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione sanitaria, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

12.2 Invalidità Totale Permanente

- copia della Richiesta d'adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

12.3 Inabilità Temporanea Totale

- copia della Richiesta d'adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione del sinistro compilata dal medico curante.
- in caso di ricovero ospedaliero, copia della cartella clinica.

La documentazione andrà presentata al verificarsi del sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico.

12.4 Ricovero ospedaliero

- il giorno, il luogo e la causa dell'evento che ha determinato il ricovero ospedaliero (denuncia del sinistro).
- cartella clinica in copia conforme all'originale relative al ricovero ospedaliero;
- comunicazione documentata dal Contraente che attesti l'ammontare del debito residuo e della rata del Leasing alla data di sinistro dell'Aderente/Assicurato e certifichi il regolare periodico rimborso del Leasing.

L'Aderente/Assicurato dovrà sottoporsi, a sue spese, agli accertamenti ed alle visite mediche ritenuti necessari dall'Impresa.

L'Aderente/Assicurato dovrà fornire all'Impresa tutte le informazioni, nonché tutta la documentazione sanitaria che dovesse occorrere a quest'ultima al fine di valutare e liquidare il sinistro.

Disposizioni comuni

L'Impresa si riserva il diritto di richiedere, direttamente all'Aderente/Assicurato o agli aventi causa ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro.

L'Aderente deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa, il cui costo sarà a totale carico dell'Impresa medesima.

13 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche residenti in Italia che:

1. hanno sottoscritto il contratto di Leasing, ovvero **ricoprono all'interno della società sottoscrittrice del contratto di Leasing il ruolo di Amministratore, Socio, o Azionista, ovvero il/i loro eventuale/i garante/i;** e hanno aderito alla Polizza Collettiva accettando di corrispondere il premio dovuto;
2. sono di età non inferiore a 18 anni e non superiore a 65 anni al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva, fermo restando che l'età massima di permanenza in copertura è limitata a 70 non compiuti anni per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, e a 65 anni non compiuti per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Ricovero ospedaliero le quali cessano, inoltre, alla data di pensionamento dell'Aderente/Assicurato se antecedente alla Data di Scadenza;
3. Per gli Aderenti/Assicurati appartenenti al gruppo con età compresa tra i 66 e 70 anni, la Copertura Assicurativa è prestata per i casi Decesso a seguito di infortunio o malattia dell'Aderente Assicurato e Invalidità Totale Permanente, ritenendo automaticamente esclusi tutti gli eventi coperti dalle Garanzie

Complementari Inabilità Totale Temporanea e Ricovero ospedaliero.

4. La Copertura Assicurativa non è rinnovabile nei confronti degli Aderenti/Assicurati che abbiano superato il 70° anno di età.
5. A condizione che sia stato pagato il Premio mensile previsto e siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta d'adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, compilato datato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia, e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, la Copertura Assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di verbale di consegna del Leasing e avrà termine alla data di scadenza coincidente con la data di riscatto previsto dal Contratto di Leasing.
6. Esclusivamente per la garanzia Decesso a seguito di infortunio, tuttavia, la Copertura Assicurativa avrà effetto dal momento in cui l'Aderente/Assicurato sottoscriverà il contratto di Leasing con il Contraente e avrà compilato, datato e sottoscritto la Richiesta d'adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, compilato datato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia, e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta.
7. L'assicurando manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di adesione la cui validità è pari a 6 mesi.
Relativamente alla modalità assuntiva tramite Questionario Medico Semplificato, nel caso in cui l'assicurando non ritenga di poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Medico Anamnestico.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte dell'Impresa a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta d'adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Anamnestico, l'Impresa si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, l'Impresa si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'assicurando e, per conoscenza, alla Contraente.

14 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

15 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Impresa ha diritto:

A) quando esiste malafede o colpa grave

- di rifiutare in caso di sinistro, senza limiti di tempo, qualsiasi pagamento qualora l'evento si verifichi prima che abbia avuto conoscenza della dichiarazione inesatta o reticente o prima del decorso del termine di tre mesi dall'avvenuta conoscenza;
- di dichiarare al Contraente e all'Aderente/Assicurato di voler impugnare la Copertura Assicurativa entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

B) quando non esiste malafede o colpa grave

- di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
- di recedere dalla Copertura Assicurativa mediante dichiarazione da farsi entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di chiedere un incremento di Premio corrispondente al rischio effettivo entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

L'Impresa ove non esista malafede o colpa grave rinuncia a tali diritti trascorsi 6 mesi dall'entrata in vigore della Copertura Assicurativa o della sua riattivazione.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la risoluzione del Copertura Assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

16 – PREMI DI ASSICURAZIONE

A fronte delle prestazioni assicurate, l'Aderente/Assicurato è tenuto a pagare un Premio annuo, da corrispondere mensilmente per il tramite della Contraente.

L'entità del Premio dipende dalle eventuali Garanzie Facoltative attivate e dal Capitale Assicurato alla Decorrenza del Contratto.

Il pagamento dei Premi dovrà essere effettuato dalla Contraente, tramite bonifico bancario, all'Impresa.

17 – FORMULA PER IL CALCOLO DEL PREMIO MENSILE

L'entità del Premio annuo lordo, comprensivo delle tasse, per ogni Aderente/Assicurato è così determinato:

Capitale Assicurato alla Decorrenza X il tasso di premio
--

Il tasso di Premio annuo per ogni garanzia è pari a:

Garanzia	Tasso di Premio lordo
Decesso	0,38% (senza tasse)
Invalità Totale Permanente	0,11% (comprensivo delle tasse del 2,50%)
Inabilità Temporanea Totale	0,11% (comprensivo delle tasse del 2,50%)
Ricovero ospedaliero	0,15% (comprensivo delle tasse del 2,50%)

18 – LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE DOVUTA

Previa consegna della relativa quietanza controfirmata, l'Impresa liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro i successivi 30 giorni ovvero nel medesimo termine decorrente dalla ricezione di eventuali integrazioni documentali richieste. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori.

19 – COMUNICAZIONI

Salvo quanto previsto nell'Art. 8 – Recesso – delle Condizioni di Assicurazione, tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato all'Impresa dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente/Assicurato sulla Richiesta d'adesione.

20 – IMPOSTE E ALTRI ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri fiscali presenti e futuri relativi sono a carico dell'Aderente/Assicurato.

21 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

L'Impresa rinuncia al diritto di surroga ex art. 1916 c.c. nei confronti dell'Aderente/Assicurato.

22 – ARBITRATO

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate dalla presente Polizza Collettiva. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

È possibile in ogni caso rivolgersi all'autorità giudiziaria.

23 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile alla Polizza Collettiva è quella italiana.

24 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Aderente/Assicurato, o quello da lui preferito.

25 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

RICHIESTA DI ADESIONE

(facsimile)

RICHIESTA DI ADESIONE N°

AXA PROTEZIONE LEASING – POLIZZA COLLETTIVA 4722: attivabile nel caso il capitale erogato del Leasing sia inferiore o pari a euro 300.000,00 oppure il Cliente abbia già posizioni “AXA Protezione Leasing” attive per un capitale totale coperto inferiore o pari a euro 300.000,00

DATI CONTRAENTE

Società/Ente **Scania Finance Italy S.p.A.**

DATI SOCIETA' LOCATARIA

Società/Ente _____ Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
Indirizzo _____ Comune (Prov.) _____ CAP _____
Legale rappresentante/i _____

DATI 1° ASSICURANDO

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita (Prov.) _____ Sesso M F
Indirizzo _____ Comune (Prov.) _____ CAP _____
Qualifica all'interno della società locataria _____
Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Assicurato 1 (in caso di mutuo cointestato): ____%

DATI 2° ASSICURANDO

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita (Prov.) _____ Sesso M F
Indirizzo _____ Comune (Prov.) _____ CAP _____
Qualifica all'interno della società locataria _____
Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Assicurando 2 (in caso di mutuo cointestato): ____%

DATI 3° ASSICURANDO

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita (Prov.) _____ Sesso M F
Indirizzo _____ Comune (Prov.) _____ CAP _____
Qualifica all'interno della società locataria _____
Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Assicurando 3 (in caso di mutuo cointestato): ____%

**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO
ASSICURANDO 1**

AVVERTENZE

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (*barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi*):

DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.	
Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO	

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ASSICURANDO 2	
AVVERTENZE	
<ul style="list-style-type: none"> L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari; la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta. 	
Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, <i>(barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):</i>	
<input type="checkbox"/> DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE	
BENEFICIARIO NOMINATO N. 1	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____	
Codice Fiscale _____	
Indirizzo / Sede Legale _____	
Telefono _____	E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato	
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro	
BENEFICIARIO NOMINATO N. 2	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____	
Codice Fiscale _____	
Indirizzo / Sede Legale _____	
Telefono _____	E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)	
INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)	
In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____	
Indirizzo / Sede Legale _____	
Telefono _____	E-mail _____
AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.	
Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO	

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ASSICURANDO 3	
AVVERTENZE	
<ul style="list-style-type: none"> L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari; la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta. 	
Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, <i>(barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):</i>	
<input type="checkbox"/> DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE	
BENEFICIARIO NOMINATO N. 1	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____	
Codice Fiscale _____	
Indirizzo / Sede Legale _____	
Telefono _____	E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato	
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro	

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2
 Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
 Codice Fiscale _____
 Indirizzo / Sede Legale _____
 Telefono _____ E-mail _____
 Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
 Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)
 In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
 Indirizzo / Sede Legale _____
 Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO	

REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.
 L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte);
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a: AXA France Vie, C.so Como 17 - 20154 Milano MI.

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	• Premio annuale
Mezzi di Pagamento del Premio	• Bonifico bancario

PRESTAZIONI E GARANZIE
 N. di Leasing _____ Ammontare del Leasing: _____
 Importo del Leasing iniziale da "AXA Protezione Leasing" _____
 Di cui: Anticipato versato _____ Percentuale assicurata _____ %

Durata in mesi _____ Decorrenza: data di decorrenza del Leasing, coincidente con la data di sottoscrizione del verbale di consegna del leasing

Ha già altre coperture "AXA Protezione Leasing" attive: SI NO
 Se sì, qual è ad oggi il capitale residuo: _____ (2)

- Pacchetto Assicurativo prescelto:**
- Pacchetto 1** Garanzia in caso di "Decesso" e "Invalidità Totale Permanente"
 - Pacchetto 2** Garanzia in caso di "Decesso", "Invalidità Totale Permanente" e "Ricovero Ospedaliero"
 - Pacchetto 3** Garanzia in caso di "Decesso", "Invalidità Totale Permanente" e "Inabilità Totale Temporanea"
 - Pacchetto 4** Garanzia in caso di "Decesso", "Invalidità Totale Permanente", "Ricovero Ospedaliero" e "Inabilità Totale Temporanea"

PREMIO LORDO TOTALE: Euro _____

Frazionamento del Premio: Premio ricorrente mensile

COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO

Sul Premio Imponibile pari a Euro _____ vengono applicati i seguenti costi:

• Costi percentuali ed effettivi sul Premio così distribuiti:

Costi percentuali sul Premio	Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi percentuali percepita dall'intermediario	Quota parte sui costi percentuali percepita dall'intermediario
48,50%	Euro _____	86,60%	Euro _____
48,50%	Euro _____	86,60%	Euro _____

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

L'Assicurato dichiara di riconoscere che le informazioni contenute nella presente proposta – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte; Il sottoscritto _____ (Incaricato di Scania Finance Italy S.p.A.) dichiara di ricevere in data odierna la Richiesta di adesione integralmente completata e sottoscritta dall'Aderente/Assicurato.

La Compagnia concede all'Aderente/Assicurato la garanzia in caso di decesso per infortunio a decorrere dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione della presente Richiesta di adesione da parte dell'Assicurato ed avrà termine alle ore 24:00 della data di effetto di contratto che corrisponde alla data del verbale di consegna del leasing.

In caso di adesione per la quale è richiesta ulteriore documentazione medica la garanzia in caso di decesso da infortunio avrà termine alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno qualsiasi dei seguenti eventi:

1. l'accettazione dell'adesione da parte della Compagnia che renderà attive tutte le garanzie prescelte; o
2. il rifiuto dell'adesione da parte della Compagnia che non renderà attive tutte le garanzie prescelte.

La Compagnia, in caso di richiesta di ulteriore documentazione medica, avrà facoltà di accettare l'adesione entro 30 giorni a decorrere dal ricevimento da parte della stessa di tutti gli esami clinici o visite mediche richiesti per la valutazione del rischio. Nel caso in cui la Compagnia non dovesse confermare l'accettazione al rischio entro il suddetto termine di 30 giorni, l'Adesione si intenderà definitivamente respinta.

L'Assicurato dichiara di sciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti ai quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi dopo l'eventuale sinistro per avere informazioni.

La Società Locataria dichiara che i premi mensili sopra indicati verranno pagati dalla stessa contestualmente al canone periodico e con le medesime modalità;

In considerazione delle caratteristiche del Contratto, si evidenzia che quest'ultimo decorre ed entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno di attivazione del Leasing.

AVVERTENZA – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere il set informativo precontrattuale della Polizza Collettiva n.4722, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

DICHIARO/IAMO ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva. n. 4722 e di averne preso piena visione:

- a) Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: “Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti” e “Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto”;
- b) Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
 - Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario);
 - Richiesta di Adesione (fac-simile).

DICHIARO di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni Contrattuali.

Con l'apposizione della firma in calce, DICHIARO/IAMO di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 4722 “Protezione Leasing Scania” e di voler attivare la copertura assicurativa (a seconda dell'Opzione da me/noi scelta), accettando integralmente le condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo.

Firma dell'Incaricato di Scania Finance Italy _____

Luogo e Data _____

Firma 1° assicurando _____

Firma 2° assicurando _____

Firma 3° assicurando _____

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del Contratto che verrà emesso dalla Compagnia. E' quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa. Nel caso di almeno una risposta positiva, la valutazione verrà effettuata dall'Impresa e supportata da eventuale ulteriore documentazione sanitaria.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia Titolare del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), sopra riportata, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, per le finalità indicate nell'informativa. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO (interessato al Trattamento)	
Firma 1° assicurando	
Firma 2° assicurando	
Firma 3° assicurando	

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione (Aderente/Assicurato) possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO	
Cognome _____	Nome _____
Codice Fiscale _____	
Qualora l'Aderente/Assicurato non possa sottoscrivere il questionario sottoindicato e nei casi espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, deve compilare il Questionario Anamnestico e, ove richiesto, fornire ulteriore documentazione.	
• L'assicurato ha più di 55 anni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• La somma dei capitali già assicurati presso AXA, più l'importo dei nuovi capitali da assicurare, è superiore a € 200.000?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Lei è attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Lei è attualmente sottoposto ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica particolare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Lei è attualmente colpito da un'infermità, un'invalidità o una malattia cronica ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da affezioni cardiache, vascolari, respiratorie, digestive, renali, reumatiche, discostvertebrali, psichiatriche, psichiche o da diabete?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi dodici mesi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• <input type="checkbox"/> L'assicurato è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• La differenza tra l'altezza dell'assicurato in centimetri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ed il suo peso in chilogrammi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Il/la Sottoscritto/i prende/no atto del fatto che in caso di falsa dichiarazione la copertura assicurativa non entrerà in vigore, con espressa assunzione a proprio carico di ogni responsabilità sia nei confronti di SCANIA FINANCE ITALY S.p.A. che nei confronti dell'Impresa.</i>	
Luogo e data _____	Firma dell'Assicurando _____

NOTA INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE - La presente Informativa viene resa dalle compagnie assicurative (Titolari del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLE COMPAGNIE TITOLARI DEL TRATTAMENTO

Titolare del Trattamento dei dati è, per quanto di propria competenza, la compagnia assicurativa che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, come indicato nella documentazione contrattuale, e cioè:

AXA FRANCE VIE iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia.

AXA FRANCE IARD iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°722 057 460 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) delle compagnie Titolari del Trattamento scrivendo ai Titolari (sopra indicati) ai seguenti contatti:

- per posta: - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri e alla gestione dei reclami, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- b) espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali le compagnie Titolari del Trattamento sono autorizzate, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- c) 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 controllo.

Non è richiesto il consenso dell'Interessato per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte del Titolare e di terzi a cui tali dati saranno comunicati,

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la salute dell'Interessato e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso dell'Interessato riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'Interessato ed il Titolare, secondo i casi, i dati personali dell'Interessato possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso dell'Interessato riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Senza i dati personali dell'Interessato il Titolare non è in grado di fornire, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo. Il Titolare potrà, inoltre, utilizzare i dati di recapito dell'Interessato per inviare comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

Il trattamento dei dati per ulteriori e diverse finalità, quali ad esempio ricerche di mercato, attività di marketing e profilazione, sarà effettuato solo ed esclusivamente previo libero consenso espresso dell'Interessato, e solo previa idonea informativa resa all'interessato.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a) dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- b) dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori delle compagnie Titolari del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna delle Titolari, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dalle Titolari e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione delle compagnie Titolari del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a) altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b) professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti anticiclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c) soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d) organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui le Titolari o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e) società del gruppo di appartenenza delle compagnie Titolari del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge). La comunicazione di dati ed informazioni personali all'interno del Gruppo AXA in tutto il mondo è coperta dalle BCR (Binding Corporate Rules) del Gruppo AXA.
- f) altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi. Eventuali dati sensibili non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio economico europeo senza che il cliente sia stato precedentemente informato di tale trasferimento o senza che sia raccolto il consenso del cliente qualora necessario ai sensi di legge.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere alle Titolari:

- a) l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b) la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c) la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d) la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.
- e) l'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti delle Titolari:
- f) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- g) diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti alle Titolari, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte delle Titolari cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- h) diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- i. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di: (i) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 -

00186 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Le compagnie Titolari del Trattamento raccolgono i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di antiriciclaggio.