

# FASCICOLO INFORMATIVO

## Polizza Collettiva di Assicurazione Danni

N°50541050

You Take Care

**BMW Financial Services Italia S.p.A.**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:

- 1) Nota Informativa;
- 2) Glossario;
- 3) Condizioni di Assicurazione;
- 4) Modulo di Adesione;

deve essere consegnato all'Aderente prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

### AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione: 02/04/2012 – Ultimo aggiornamento: 31/05/2012

Polizza Collettiva n°50541050 – Fascicolo Informativo – Copertina - Pagina 1 di 1

**Allianz S.p.A.**

Sede legale  
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste  
Telefono +39 040 7781.111  
Fax +39 040 7781.311  
[www.allianz.it](http://www.allianz.it)

## Uffici:

Milano 20122 - Corso Italia, 23  
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22  
Trieste 34123 - Largo Ugo Irneri, 1  
CF, P. IVA e Registro imprese  
di Trieste n. 05032630963  
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese  
di assicurazione n. 1.00152

Capogruppo del gruppo assicurativo  
Allianz, iscritto all'Albo gruppi  
assicurativi n. 018  
Società controllata, tramite  
A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco

Le nostre divisioni commerciali

**Allianz**  **Lloyd Adriatico**

**Allianz**  **RAS**

**Allianz**  **Subalpina**

**NOTA INFORMATIVA**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°50541050**  
**You Take Care**  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**Data ultimo aggiornamento 31-05-2012**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.  
 L'Aderente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

- 1. Informazioni Generali** Impresa: Allianz S.p.A., società controllata, tramite ACIF SpA, da Allianz SE – Monaco (Germania)  
 Sede legale: Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste (Italia).  
 Recapito telefonico: 800.68.68.68  
 Sito Internet: [www.allianz.it](http://www.allianz.it)  
 Indirizzo di posta elettronica: [info@allianz.it](mailto:info@allianz.it)  
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n°2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n°018.
- 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa** Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.860 milioni di euro.  
 La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.  
 La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.357 milioni di euro.  
 L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 281,6% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.  
 I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2011.  
 Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet [www.allianz.it](http://www.allianz.it).

## B. INFORMAZIONI SULLA POLIZZA COLLETTIVA

- L'Assicurazione ha una durata pari alla Durata del Finanziamento.  
 Non è previsto il tacito rinnovo.  
 Per maggior dettaglio si rinvia all'art.7 – “Durata dell'Assicurazione” delle Condizioni di Assicurazione.
- 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**
- Coperture assicurative offerte**  
 L'Assicurazione copre i rischi di Inabilità al lavoro derivante da Infortunio o Malattia (garanzia operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente; garanzia sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica); Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia (garanzia operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore; garanzia sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica); Perdita d'Impiego (garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Dipendente; garanzia non operante nel caso di Aderente persona giuridica); Malattia Grave (garanzia operante soltanto nel caso di Aderente persona giuridica). Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.18, 27, 36, 44 – “Oggetto dell'Assicurazione” delle Condizioni di Assicurazione.
- Limitazioni ed esclusioni**  
**AVVERTENZA** Sono previste limitazioni ed esclusioni dell'Assicurazione, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.5 – “Persone non assicurabili”; 18, 27, 36, 44 – “Oggetto dell'Assicurazione”; 19, 28, 37, 45 – “Periodo di Carenza”; 20, 29, 38, 46 – “Esclusioni”; 23, 32, 40 – “Denunce successive”; 24, 33, 41 – “Periodo di Franchigia”; 26, 35, 43 – “Limiti di Indennizzo”; 47 – “Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità”; 49 – “Precedenti Indennizzi”; delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Sono previsti periodi di franchigia. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.24, 33, 41 – “Periodo di Franchigia” delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Sono previsti limiti di Indennizzo. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt. 26, 35, 43 – “Limiti di Indennizzo”; 47 – “Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità”; 49 – “Precedenti Indennizzi”; delle Condizioni di Assicurazione.
- Esempio**  
 – Sinistro di Inabilità al lavoro  
 – Importo della rata o canone mensile € 6.000,00  
 – Importo dell'Indennizzo liquidabile per ciascun periodo di trenta giorni di durata di Inabilità al lavoro € 2.500,00
- AVVERTENZA** È previsto un limite massimo di età per poter aderire alla Polizza Collettiva. Per maggior dettaglio si rinvia all'art.5 – “Persone non assicurabili” delle Condizioni di Assicurazione.
- 4. Periodi di Carenza contrattuali** **AVVERTENZA:** Per ciascuna delle garanzie è previsto un Periodo di Carenza durante il quale la garanzia non è operante. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.20, 29, 38, 46 – “Periodo di Carenza” delle Condizioni di Assicurazione
- 5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio** **AVVERTENZA:** Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Per le conseguenze derivanti da dichiarazioni false o reticenti si rinvia all'art.14 – “Dichiarazioni inesatte od omissioni” delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Prima di sottoscrivere il Modulo di Adesione è necessario verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in esso contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- 6. Premi** Il Premio è indipendente dalla professione dell'Assicurato ed è determinato in base all'importo erogato del Finanziamento.  
 Si rinvia per la disciplina specifica all'art.9 – “Determinazione del Premio” delle Condizioni di Assicurazione.  
 Il Premio deve essere corrisposto anticipatamente in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione.  
 Il Premio è corrisposto dall'Aderente all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare Polizza Collettiva n°50541050 – Fascicolo Informativo – Nota Informativa - Pagina 1 di 2

del Premio direttamente dall'importo dello specifico Finanziamento.

**AVVERTENZA** Non è previsto alcuno sconto del premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

Composizione del premio imponibile (al netto delle imposte di legge)

- Premio puro – 45,00%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 55,00%, di cui
  - importo percepito dall'intermediario – 45,00%

Esempio

- Premio unico anticipato finito - € 1.025,00
- Premio unico anticipato imponibile - € 1.000,00 (al netto dell'imposta 2,50%)
- Premio puro – € 450,00
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 550,00, di cui
  - importo percepito dall'intermediario – € 450,00

**AVVERTENZA** Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza, oppure di trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, oppure di recesso da parte dell'Aderente, l'Assicurazione stessa cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di surroga o di recesso e l'Aderente avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto. L'Aderente potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento. Si rinvia per la disciplina specifica all'art.10 – "Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Aderente" delle Condizioni di Assicurazione.

#### 7. Diritto di Recesso

**AVVERTENZA** L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro trenta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

L'Impresa provvede al rimborso del Premio entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Aderente.

Si rinvia all'art.8 – "Diritto di recesso dell'Aderente" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'Aderente ha diritto di recedere dall'Assicurazione con effetto non anteriore alla data di completamento dei primi cinque anni di durata dell'Assicurazione stessa.** Si rinvia all'art.10 – "Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Aderente" delle Condizioni di Assicurazione. Non è previsto il diritto di recesso da parte dell'Impresa.

#### 8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dalla Polizza Collettiva

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dalla Polizza Collettiva si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

#### 9. Legge applicabile alla Polizza Collettiva

La legislazione applicabile alla Polizza Collettiva è quella italiana.

#### 10. Regime Fiscale

Il Premio è soggetto all'aliquota di imposta del 2,50%.

### C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

#### 11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

**AVVERTENZA** Per momento di insorgenza del Sinistro si intende: Infortuni: il momento dell'accadimento dell'Infortunio; Malattia: il momento in cui la Malattia insorge o viene diagnosticata; Perdita d'Impiego: la data di effetto della lettera di licenziamento, o della comunicazione di messa in mobilità, o di una comunicazione equivalente.

**AVVERTENZA** Nella Polizza Collettiva sono previste modalità e termini per la denuncia dei sinistri e procedure per la valutazione del danno. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.12 – "Procedura per la valutazione del danno"; 13 – "Pagamento dell'Indennizzo"; 22, 31, 39, 51 – "Obblighi in caso di Sinistro"; delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA** Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.22, 31, 39, 51 – "Obblighi in caso di Sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

#### 12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano – Numero Verde 800.68.68.68 - Fax 02 72.16.91.45 – Indirizzo e.mail: [info@allianz.it](mailto:info@allianz.it)**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**ISVAP, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Fax 06 42.13.37.45 – 06 42.13.33.53**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- a) nome, cognome e domicilio dell'esponente, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta salva comunque per l'esponente che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

#### 13. Arbitrato

**AVVERTENZA** In caso di sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa



**GLOSSARIO**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°50541050**  
**You Take Care**  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**Data ultimo aggiornamento 02-04-2012**

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

**Aderente**

la persona fisica o giuridica (quest'ultima indicata nel Modulo di Adesione come Cliente/Utilizzatore), intestataria o cointestataria di un Finanziamento erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

**Assicurato**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè:

- a) nel caso di Aderente persona fisica, l'Aderente medesimo;
- b) nel caso di Aderente persona giuridica (nel Modulo di Adesione indicata come il Cliente/Utilizzatore), la persona fisica designata dall'Aderente medesimo;

**Assicurazione**

il contratto di assicurazione;

**Capitale Residuo**

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, compresa la maxirata finale oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, compreso l'importo finale pari al valore di riscatto del bene oggetto della locazione, il tutto al netto di eventuali rate o canoni insoluti e di eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi; nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto è esclusa l'IVA;

**Contraente**

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè BMW Financial Services Italia S.p.A.;

**Data di scadenza del Finanziamento**

la data di scadenza dell'ultima rata o dell'ultimo canone periodico del Finanziamento, così come prevista dal piano finanziario originario; nel caso sia prevista la maxirata finale, oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, è la data di scadenza della maxirata o dell'importo finale di riscatto;

**Disoccupazione:**

lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle sedici ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;

**Durata del Finanziamento**

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di erogazione dell'importo finanziato, oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, di perfezionamento del relativo contratto, e la Data di scadenza del Finanziamento;

**Finanziamento**

il contratto di finanziamento o di locazione finanziaria con facoltà di acquisto; il piano finanziario del contratto di finanziamento può prevedere una maxirata finale di importo diverso dalle rate periodiche; il piano finanziario del contratto di locazione finanziaria con facoltà di acquisto prevede sempre un importo finale, di importo diverso dai canoni periodici, pari al valore di riscatto del bene oggetto della locazione;

**Importo del Finanziamento**

l'importo del contratto di finanziamento; tale importo, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, si intende al netto dell'anticipo e dell'IVA;

**Impresa**

Allianz S.p.A.;

**Inabilità al lavoro**

la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;

**Indennizzo**

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

**Infortunio**

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

**Istituto di Cura**

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

### Lavoratore Autonomo

la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt.29, 49, 51 del D.P.R. 22 Dicembre 1986, n°917 e successive modifiche, e/o di redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisca un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore Dipendente) o di pensione.

Sono altresì considerati Lavoratori Autonomi i lavoratori, ancorché dipendenti, inquadrati in base a contratti:

- a) di lavoro a progetto;
- b) di lavoro intermittente;
- c) di lavoro domestico;
- d) stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

### Lavoratore Dipendente

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente:

- a) a tempo indeterminato;
- b) a tempo determinato;
- c) di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);
- d) di apprendistato;
- e) di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);

che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.

Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

### Lavoratore Dipendente Pubblico

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975;

### Lavoratore Dipendente Privato

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico;

### Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;

### Malattia Grave

- a) **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare,** nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
- c) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
  - 1) storia del dolore cardiaco tipico;
  - 2) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECC;
  - 3) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
- e) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;

### Modulo di Adesione

il documento sottoscritto dall'Aderente mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione;

### Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente.

Sono altresì considerati Non Lavoratori i pensionati, nonché i lavoratori dipendenti assunti (sia a tempo determinato che indeterminato) con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale;

### Normale Attività Lavorativa

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato;

**Perdita d'Impiego**

la perdita da parte della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione;

**Periodo di Carenza**

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante;

**Periodo di Franchigia**

il periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Inabilità al lavoro o Ricovero Ospedaliero o Perdita d'Impiego, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo;

**Periodo di Riqualificazione**

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità al lavoro o di Ricovero Ospedaliero o di Disoccupazione, liquidabili ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità al lavoro o per Ricovero Ospedaliero o per Perdita d'Impiego;

**Polizza Collettiva**

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

**Premio**

la somma dovuta dall'Aderente all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

**Ricovero Ospedaliero**

la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

**Sinistro**

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°50541050**  
**You Take Care**  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**Data ultimo aggiornamento 02-04-2012**

**Art.1 – Sezioni di Polizza**

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

- I Inabilità al lavoro da Infortunio o Malattia** - garanzia operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente; garanzia sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica
- II Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** - garanzia operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Dipendente Pubblico, Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore; garanzia sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica
- III Perdita d'Impiego** - garanzia operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Dipendente; garanzia non operante nel caso di Aderente persona giuridica
- IV Malattia Grave** – garanzia sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica; garanzia non operante nel caso di Aderente persona fisica

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui agli articoli dal 2 al 17 risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

**Art.2 – Variazione della posizione lavorativa**

Qualora la posizione lavorativa dell'Assicurato dovesse cambiare durante il periodo di validità dell'Assicurazione, saranno operanti, in caso di Sinistro, le garanzie corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo con la seguente limitazione:

- a) l'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore e diventi Lavoratore Dipendente, avrà diritto all'Indennizzo per Perdita di Impiego soltanto nel caso in cui lo stato di Disoccupazione sopravvenga dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia comunque trascorso un periodo di tempo di almeno centoottanta giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente.

**Art.3 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva**

L'adesione alla presente Polizza Collettiva è consentita soltanto qualora l'Aderente abbia aderito anche alla Polizza Collettiva Vita n°9514 stipulata dal Contraente con l'Impresa.

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Aderente, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Aderente e per il Contraente/Impresa). Il Modulo di Adesione è differenziato a seconda che l'Aderente sia persona fisica o giuridica. Nel caso di Aderente persona giuridica il Modulo di Adesione, deve essere sottoscritto anche dall'Assicurato.

Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) numero di proposta di Finanziamento;
- b) numero pratica DFE;
- c) dati anagrafici dell'Aderente;
- d) dati anagrafici dell'Assicurato;
- e) Premio unico anticipato.

Ciascun Assicurato dovrà infine sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata all'interno del Modulo di Adesione (oppure produrre la certificazione medica sostitutiva). Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.

Per ciascun Assicurato la garanzia è da ritenersi operante soltanto nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento avvenga entro novanta giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e della Dichiarazione di Buono Stato di Salute (oppure della certificazione medica sostitutiva). Nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento avvenga successivamente al termine sopraindicato, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

**Art.4 – Documentazione da consegnare all'Aderente al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva**

All'Aderente dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- a) Modulo di Adesione;
- b) Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- c) Fascicolo Informativo.

Una copia del Modulo di Adesione dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

**Art.5 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

- a) alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di 65 anni;
- b) abbiano stipulato un Finanziamento di durata superiore a ottantaquattro mesi;
- c) non siano né residenti né domiciliate in Italia;



- d) non siano in possesso dei requisiti previsti dalla Dichiarazione di Buono Stato di Salute (oppure non siano stati in grado di produrre la certificazione medica sostitutiva).

#### Art.6 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Aderente all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione dell'importo finanziato oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, di perfezionamento del relativo contratto, a condizione che l'Aderente abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, l'Assicurato abbia sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute (oppure sia stata prodotta la certificazione medica sostitutiva) e sia stato pagato il relativo Premio.

#### Art.7 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente e non potrà comunque avere durata superiore a ottantaquattro mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.8 – "Diritto di recesso dell'Aderente" e 10 – "Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Aderente", l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della scadenza del Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, in caso di decesso dell'Assicurato oppure in caso di liquidazione, all'Assicurato medesimo, di un eventuale indennizzo per Invalidità Totale Permanente ai sensi della Polizza Collettiva Vita n°9514.

#### Art.8 – Diritto di recesso dell'Aderente

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro trenta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere comunicato con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare al Contraente che ne darà comunicazione all'Impresa.

L'Impresa, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Aderente, provvederà al rimborso del Premio il tramite del Contraente.

#### Art.9 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = T \times If$$

dove:

- P Premio unico anticipato  
T tasso; pari a 2,70%  
If Importo del Finanziamento

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

#### Art.10 – Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Aderente

Nel caso di:

- estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza;
  - trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
  - recesso dell'Aderente con effetto non anteriore alla data di completamento dei primi cinque anni di durata dell'Assicurazione;
- l'Assicurazione stessa cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di surroga o di recesso e l'Aderente avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = Ppu \times \frac{(N-K) \times (N-K+1)}{N \times (N+1)} + H \times \frac{(N-K)}{N}$$

dove:

- R importo da rimborsare  
P Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)  
Ppu Premio unico anticipato puro =  $P / 1,025 - H$   
H costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)  
N Durata del Finanziamento  
K durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi (dato arrotondato per eccesso)

Il recesso di cui al presente articolo dovrà essere comunicato all'Impresa con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno con preavviso di almeno sessanta giorni rispetto alla data di effetto del recesso stesso.

Il rimborso del Premio all'Aderente avverrà direttamente da parte dell'Impresa.

L'Aderente potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del Finanziamento. Eventuali informazioni potranno essere eventualmente richieste al numero 02 - 72.16.76.00.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento non si procederà ad alcuna restituzione di Premio e l'Assicurazione rimarrà operante fino alla scadenza originaria come se l'estinzione parziale non fosse avvenuta.

#### Art.11 – Sostituzione dell'Assicurato

Nel caso di Aderente persona giuridica, durante il periodo di durata dell'Assicurazione l'Aderente medesimo avrà la possibilità di richiedere di sostituire l'Assicurato precedentemente indicato con altra persona.

Allo scopo l'Aderente dovrà compilare e sottoscrivere l'apposito Modulo di Sostituzione Assicurato. Il Modulo di Sostituzione dovrà essere sottoscritto anche dall'Assicurato uscente e da quello entrante e potrà essere richiesto contattando BMW Financial Services S.p.A. al numero 02 51.61.05.11 oppure Allianz S.p.A. al numero 02 - 72.16.76.00.



Il Modulo di Sostituzione Assicurato dovrà riportare i seguenti dati:

- a) numero di proposta di Finanziamento;
- b) numero pratica DFE;
- c) dati societari dell'Aderente;
- d) dati anagrafici dell'Assicurato uscente;
- e) dati anagrafici dell'Assicurato entrante;
- f) data di effetto della sostituzione (coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato).

Il nuovo Assicurato dovrà ottemperare alle modalità assuntive di cui all'art.3 – “Modalità di adesione alla Polizza Collettiva”; a tal proposito dovrà sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata all'interno del Modulo di Sostituzione Assicurato (oppure produrre la certificazione medica sostitutiva).

Il Modulo di Sostituzione Assicurato compilato e firmato dovrà essere inviato all'Impresa utilizzando una delle seguenti modalità a scelta:

- 1) e-mail all'indirizzo assicurazioni@bmw.it
- 2) fax al numero +39 02 72.16.50.78

L'Impresa invierà comunicazione all'Aderente dell'accettazione della sostituzione; in tal caso il nuovo Assicurato sarà ammesso alla copertura assicurativa con decorrenza dalla data riportata sul Modulo di Sostituzione Assicurato. Nel caso tale data risulti anteriore alla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato, la sostituzione decorrerà da tale ultima data.

Il Periodo di Carenza previsto per la garanzia Malattia Grave sarà operante per il nuovo Assicurato a partire dalla relativa data di decorrenza della copertura assicurativa.

#### **Art.12 – Procedura per la valutazione del danno**

La valutazione del danno è concordata direttamente dall'Impresa, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre arbitri.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio.

Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza Collettiva.

Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene gli onorari e le spese del proprio arbitro, mentre quelli del terzo arbitro sono sempre ripartiti a metà.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi facoltà di impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

#### **Art.13 - Pagamento dell'Indennizzo**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima.

#### **Art.14 - Dichiarazioni inesatte od omissioni**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### **Art.15 – Altre assicurazioni**

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato.

#### **Art.16 - Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

#### **Art.17 - Rinvio alle norme di legge**

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

### **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE I INABILITÀ AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA**

#### **Art.18 – Oggetto dell'Assicurazione**

L'Impresa - fatti salvi i limiti e le esclusioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Inabilità al lavoro derivante da Infortunio o da Malattia.

La garanzia è operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente; la garanzia è sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica.

#### **Art.19 – Periodo di Carenza**

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

**Art.20 - Esclusioni**

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità al lavoro causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- h) pratica da parte dell'Assicurato di bungee jumping, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, speleologia, paracadutismo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- j) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- n) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
- o) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro.

**Art.21 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

**Art.22 - Obblighi in caso di Sinistro**

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) darne avviso al Contraente nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro stesso utilizzando una delle seguenti modalità a scelta:
  - 1) lettera da inviare al seguente indirizzo:  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**SF6-S-IT-12 Ufficio Assicurazioni**  
**Via dell'Unione Europea, 4**  
**20097 San Donato Milanese (MI)**
  - 2) e-mail all'indirizzo assicurazioni@bmw.it
  - 3) fax al numero +39 02 51.61.00.985
  - 4) telefono al numero +39 02 51.61.05.11L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
- b) inviare prima possibile ad Allianz S.p.A. l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato utilizzando una delle modalità indicate sul modulo stesso. Il modulo di denuncia di Sinistro può essere eventualmente richiesto al numero 02 - 72.16.76.00;
- c) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;
- d) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- e) nel caso di Aderente persona fisica, fornire attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente o di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA) al momento del Sinistro;
- f) fornire certificato medico attestante l'Inabilità al lavoro ed eventuale certificato di ricovero ospedaliero; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità al lavoro);
- g) nel caso di Aderente persona fisica fornire, in caso di Lavoratore Dipendente, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'assenza dal posto di lavoro.

L'Assicurato deve altresì:

- h) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
  - i) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
- Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

**Art.23 – Denunce Successive**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Inabilità al lavoro, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità al lavoro se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualficazione di centottanta giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa (o una diversa nuova attività lavorativa).

A parziale deroga di quanto sopra, qualora l'Assicurato, entro trenta giorni dalla ripresa della propria Normale Attività Lavorativa successivamente ad un periodo di Inabilità al lavoro, subisca una nuova Inabilità al lavoro derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente senza applicazione di un ulteriore Periodo di Franchigia.

#### **Art.24 – Periodo di Franchigia**

Viene previsto un Periodo di Franchigia di sessanta giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

#### **Art.25 – Determinazione dell'Indennizzo**

Qualora l'Inabilità al lavoro perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata o canone mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Inabilità al lavoro successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata o al canone mensile del Finanziamento medesimi, comprensivi di capitale e interessi quali risultano dal piano finanziario originario del Finanziamento; in caso di rata o di canone con diversa periodicità si calcola la rata o il canone mensile equivalente.

La maxirata finale oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, l'importo finale pari al valore di riscatto del bene oggetto della locazione, vengono indennizzati per un importo pari a quello della rata o del canone mensile; nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, il canone si intende comprensivo di IVA.

#### **Art.26 – Limiti di Indennizzo**

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate o canoni mensili consecutivi.

Per ciascun Assicurato, per tutta la durata dell'Assicurazione non potranno essere indennizzate più di ventiquattro rate o canoni mensili complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità al lavoro e più di trentasei rate o canoni mensili complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità al lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.500,00 per ciascuna rata o canone mensile; nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva, l'Indennizzo complessivo per l'Assicurato medesimo non potrà essere superiore a € 5.000,00 per tutte le rate o canoni scadenti nel medesimo mese.

L'Indennizzo per Inabilità al lavoro non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero o Perdita d'Impiego relativamente allo stesso periodo temporale.

### **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE II RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA**

#### **Art.27 – Oggetto dell'Assicurazione**

L'Impresa - fatti salvi i limiti e le esclusioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

La garanzia è operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore; la garanzia è sempre operante nel caso di Aderente persona giuridica.

#### **Art.28 – Periodo di Carenza**

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

#### **Art.29 - Esclusioni**

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- h) pratica da parte dell'Assicurato di bungee jumping, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, speleologia, paracadutismo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- j) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- n) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

#### **Art.30 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

### **Art.31 - Obblighi in caso di Sinistro**

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) darne avviso al Contraente nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro stesso utilizzando una delle seguenti modalità a scelta:
  - 1) lettera da inviare al seguente indirizzo:

**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**SF6-S-IT-12 Ufficio Assicurazioni**  
**Via dell'Unione Europea, 4**  
**20097 San Donato Milanese (MI)**

- 2) e-mail all'indirizzo assicurazioni@bmw.it
- 3) fax al numero +39 02 51.61.00.985
- 4) telefono al numero +39 02 51.61.05.11

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;

- b) inviare prima possibile ad Allianz S.p.A. l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato utilizzando una delle modalità indicate sul modulo stesso. Il modulo di denuncia di Sinistro può essere eventualmente richiesto al numero 02 - 72.16.76.00;
- c) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;
- d) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- e) nel caso di Aderente persona fisica, fornire attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente Pubblico o di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA) al momento del Sinistro;
- f) fornire certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità al lavoro);
- g) nel caso di Aderente persona fisica fornire, in caso di Lavoratore Dipendente Pubblico, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'assenza dal posto di lavoro.

L'Assicurato deve altresì:

- h) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- i) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

### **Art.32 – Denunce Successive**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualficazione di centottanta giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa (o una diversa nuova attività lavorativa).

A parziale deroga di quanto sopra, qualora l'Assicurato, entro trenta giorni dalla ripresa della propria Normale Attività Lavorativa successivamente ad un periodo di Ricovero Ospedaliero, subisca un nuovo Ricovero Ospedaliero derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente senza applicazione di un ulteriore Periodo di Franchigia.

### **Art.33 – Periodo di Franchigia**

Viene previsto un Periodo di Franchigia di sette giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

### **Art.34 – Determinazione dell'Indennizzo**

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata o canone mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata o al canone mensile del Finanziamento medesimi, comprensivi di capitale e interessi quali risultano dal piano finanziario originario del Finanziamento; in caso di rata o di canone con diversa periodicità si calcola la rata o il canone mensile equivalente.

La maxirata finale oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, l'importo finale pari al valore di riscatto del bene oggetto della locazione, vengono indennizzati per un importo pari a quello della rata o del canone mensile; nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, il canone si intende comprensivo di IVA.

### **Art.35 – Limiti di Indennizzo**

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate o canoni mensili consecutivi.

Per ciascun Assicurato, per tutta la durata dell'Assicurazione non potranno essere indennizzate più di ventiquattro rate o canoni mensili complessivamente per tutti i Sinistri di Ricovero Ospedaliero e più di trentasei rate o canoni mensili complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità al lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.500,00 per ciascuna rata o canone mensile; nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva, l'Indennizzo complessivo per l'Assicurato medesimo non potrà essere superiore a € 5.000,00 per tutte le rate o canoni scadenti nel medesimo mese.

L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Inabilità al lavoro o Perdita d'Impiego relativamente allo stesso periodo temporale.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE III PERDITA D'IMPIEGO

### Art.36 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa - fatti salvi i limiti e le esclusioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Perdita d'Impiego.

La garanzia è operante, nel caso di Aderente persona fisica, soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Dipendente; la garanzia non è operante nel caso di Aderente persona giuridica.

### Art.37 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Perdita d'Impiego viene previsto un Periodo di Carenza di novanta giorni; qualora la Perdita d'Impiego avvenga entro tale periodo, la garanzia non sarà operante.

### Art.38 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Perdita d'Impiego se:

- a) l'Assicurato, al momento del Sinistro, non ha ancora concluso e superato il periodo di prova;
- b) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i dodici mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Ai fini della presente esclusione, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non vengono considerate;
- c) alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita d'Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- d) la Perdita d'Impiego è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, o di licenziamento disciplinare, o è conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
- e) la Perdita d'Impiego è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- f) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di Lavoro a Progetto;
- g) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- h) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- i) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro consensualmente a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- j) l'Assicurato non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità;
- k) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
- l) la perdita del posto di lavoro è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

### Art.39 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) darne avviso al Contraente nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro stesso utilizzando una delle seguenti modalità a scelta:
  - 1) lettera da inviare al seguente indirizzo:  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**SF6-S-IT-12 Ufficio Assicurazioni**  
**Via dell'Unione Europea, 4**  
**20097 San Donato Milanese (MI)**
  - 2) e-mail all'indirizzo assicurazioni@bmw.it
  - 3) fax al numero +39 02 51.61.00.985
  - 4) telefono al numero +39 02 51.61.05.11L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
- b) inviare prima possibile ad Allianz S.p.A. l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato utilizzando una delle modalità indicate sul modulo stesso. Il modulo di denuncia di Sinistro può essere eventualmente richiesto al numero 02 - 72.16.76.00;
- c) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;  
fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) fornire attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente al momento del Sinistro;
- e) fornire copia della lettera di licenziamento;
- f) fornire copia di un documento comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato o alle liste di mobilità regionali;
- g) fornire attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di mobilità;
- h) fornire dichiarazione del datore di lavoro attestante la sospensione dal lavoro con indicazione dell'eventuale intervento della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia.

### Art.40 – Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Perdita d'Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita d'Impiego se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualficazione di centottanta giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

#### **Art.41 – Periodo di Franchigia**

Viene previsto un Periodo di Franchigia di sessanta giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

#### **Art.42 – Determinazione dell'Indennizzo**

Qualora lo stato di Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata o canone mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Disoccupazione successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata o al canone mensile del Finanziamento medesimi, comprensivi di capitale e interessi quali risultano dal piano finanziario originario del Finanziamento; in caso di rata o di canone con diversa periodicità si calcola la rata o il canone mensile equivalente.

La maxirata finale oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, l'importo finale pari al valore di riscatto del bene oggetto della locazione, vengono indennizzati per un importo pari a quello della rata o del canone mensile; nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, il canone si intende comprensivo di IVA.

#### **Art.43 – Limiti di Indennizzo**

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate o canoni mensili consecutivi.

Per ciascun Assicurato, per tutta la durata dell'Assicurazione non potranno essere indennizzate più di ventiquattro rate o canoni mensili complessivamente per tutti i Sinistri di Perdita d'Impiego e più di trentasei rate o canoni mensili complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità al lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.500,00 per ciascuna rata o canone mensile; nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva, l'Indennizzo complessivo per l'Assicurato medesimo non potrà essere superiore a € 5.000,00 per tutte le rate o canoni scadenti nel medesimo mese.

L'Indennizzo per Perdita d'Impiego non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Inabilità al lavoro o Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

### **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE IV MALATTIA GRAVE**

#### **Art.44 – Oggetto dell'Assicurazione**

L'Impresa - fatti salvi i limiti e le esclusioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.

La garanzia è operante soltanto nel caso di Aderente persona giuridica.

#### **Art.45 – Periodo di Carenza**

Per i Sinistri conseguenti a Malattia Grave viene previsto un Periodo di Carenza di novanta giorni; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro tale periodo, la garanzia non sarà operante.

#### **Art.46 - Esclusioni**

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- c) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- d) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- f) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- g) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.

#### **Art.47 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità**

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

La massima somma assicurabile viene stabilita pari a € 120.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 250.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva.

L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con un eventuale indennizzo per decesso o Invalidità Totale Permanente liquidato all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva Vita n°9514.

#### **Art.48 – Malattia Grave**

In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa liquiderà un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della certificazione medica attestante la diagnosi della Malattia.

#### **Art.49 – Precedenti Indennizzi**

Nel caso un'unica Malattia abbia causato prima un Sinistro di Inabilità al lavoro o di Ricovero Ospedaliero e poi un Sinistro di Malattia Grave, l'Indennizzo per Malattia Grave sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo delle predette garanzie.

#### **Art.50 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.



**Art.51 - Obblighi in caso di Sinistro**

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) darne avviso al Contraente nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro stesso utilizzando una delle seguenti modalità a scelta:

- 1) lettera da inviare al seguente indirizzo:

**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**SF6-S-IT-12 Ufficio Assicurazioni**  
**Via dell'Unione Europea, 4**  
**20097 San Donato Milanese (MI)**

- 2) e-mail all'indirizzo assicurazioni@bmw.it

- 3) fax al numero +39 02 51.61.00.985

- 4) telefono al numero +39 02 51.61.05.11

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

- b) inviare prima possibile ad Allianz S.p.A. l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato utilizzando una delle modalità indicate nel modulo stesso. Il modulo di denuncia di Sinistro può essere eventualmente richiesto al numero 02 - 72.16.76.00;

- c) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;

- d) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;

L'Assicurato deve altresì:

- e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

- f) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.



**MODULO DI ADESIONE**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Vita Take Care n°9514**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Danni You Take Care n°50541050**  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**(Aderente persona fisica)**  
**Data ultimo aggiornamento 02-04-2012**

<b>Polizze cui si aderisce (barrare la relativa casella)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Polizza Collettiva Vita "Take Care"	<input type="checkbox"/> Polizza Collettiva Danni "You Take Care"	
<b>Dati Finanziamento</b>		
Numero proposta Finanziamento _____		
Numero pratica DFE _____		
<b>Dati Aderente/Assicurato</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____		
<b>Premio unico anticipato € _____</b>		
Nel caso di adesione ad entrambe le Polizze Vita e Danni, il Premio unico anticipato si intende ripartito in misura del 31,65% per la Polizza Vita e del 68,35% per la Polizza Danni (quest'ultimo comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
<b>Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)</b>		
Polizza Vita – 53,00% del Premio Vita		
Polizza Danni (se operante) – 55,00% del Premio Danni imponibile (al netto delle imposte)		
<b>Importo percepito dall'intermediario</b>		
Polizza Vita – 45,00% del Premio Vita		
Polizza Danni (se operante) – 45,00% del Premio Danni imponibile (al netto delle imposte)		

**PRENDO ATTO** che **BMW Financial Services Italia S.p.A. ("BMW FSI")** ha stipulato con Allianz S.p.A. ("**Allianz**") per conto dei propri clienti intestatari o co-intestatari di un Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°9514 ("**Polizza Vita**") concernente una copertura assicurativa per i casi di morte e di Invalidità Permanente Totale, e la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°50541050 ("**Polizza Danni**") concernente una copertura assicurativa per i casi di Inabilità Temporanea Totale (operante per i soli Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti); di Perdita d'Impiego (operante per i soli Lavoratori Dipendenti); di Ricovero Ospedaliero (operante per i soli Lavoratori Dipendenti Pubblici, Lavoratori Autonomi e Non Lavoratori); di Malattia Grave (operante nei soli casi di Aderente persona giuridica).

**DICHIARO** di aderire in qualità di Aderente/Assicurato alla **Polizza Vita** e, se barrata la relativa casella, alla **Polizza Danni**.

**AUTORIZZO BMW FSI** a trasmettere ad **Allianz** le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione della **Polizze Vita** e, se operante, della **Polizza Danni**.

**PRENDO ATTO** che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione dell'importo finanziato oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, di perfezionamento del relativo contratto, a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e la Dichiarazione di Buono Stato di Salute in esso contenuta (oppure sia stata prodotta la certificazione medica sostitutiva) e siano stati pagati i relativi Premi, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

**PRENDO ATTO** che, per il caso di morte, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita** spetta ai miei eredi, fatto salvo quanto disposto dagli artt.1920 e 1921 del Codice Civile.

**DÒ MANDATO** irrevocabile a **BMW FSI** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento dei Premi a favore di **Allianz**.

Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della suddetta **Polizza Vita** e, se operante, della suddetta **Polizza Danni**, **DICHIARO** espressamente di:

- a) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- b) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione riportate nei Fascicoli Informativi ricevuti;
- c) aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**DICHIARO** di avere ricevuto, prima dell'adesione alla presente **Polizza Vita** e, se operante, alla presente **Polizza Danni**, copia integrale dei Fascicoli Informativi – ciascuno composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.4 e 30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**DICHIARO** di avere ricevuto, prima dell'adesione alla presente **Polizza Vita** e, se operante, alla presente **Polizza Danni**, il modulo 7A – “Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti” ed il modulo 7B – “Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto” ai sensi e per gli effetti di cui all'art.49 del Regolamento ISVAP n°5 del 16 ottobre 2006 e successive modifiche.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Agli effetti della validità della suddetta **Polizza Vita** e, se operante, della suddetta **Polizza Danni**, **DICHIARO** espressamente di essere in buona salute da almeno dodici mesi ed, in particolare:

- a) di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- b) di non essere stato assente dalla propria professione o attività lavorativa per oltre sessanta giorni continuativi per infortunio o malattia nei dodici mesi antecedenti la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

### AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima di sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute. L'Assicurato ha il diritto di non sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute e di richiedere ad Allianz di produrre una certificazione medica sostitutiva (utilizzando un apposito modello predisposto da Allianz). Il costo della certificazione medica è a carico dell'Assicurato.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**MODULO DI ADESIONE**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Vita Take Care n°9514**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Danni You Take Care n°50541050**  
**BMW Financial Services Italia S.p.A.**  
**(Aderente persona giuridica)**  
 Data ultimo aggiornamento 02-04-2012

<b>Polizze cui si aderisce (barrare la relativa casella)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Polizza Collettiva Vita "Take Care"	<input type="checkbox"/> Polizza Collettiva Danni "You Take Care"	
<b>Dati Finanziamento</b>		
Numero proposta Finanziamento _____		
Numero pratica DFE _____		
<b>Dati Aderente</b>		
Ragione sociale _____	Partita IVA/Codice Fiscale _____	
<b>Dati Assicurato</b>		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
<b>Premio unico anticipato € _____</b>		
Nel caso di adesione ad entrambe le Polizze Vita e Danni, il Premio unico anticipato si intende ripartito in misura del 31,65% per la Polizza Vita e del 68,35% per la Polizza Danni (quest'ultimo comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
<b>Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)</b>		
Polizza Vita – 53,00% del Premio Vita		
Polizza Danni (se operante) – 55,00% del Premio Danni imponibile (al netto delle imposte)		
<b>Importo percepito dall'intermediario</b>		
Polizza Vita – 45,00% del Premio Vita		
Polizza Danni (se operante) – 45,00% del Premio Danni imponibile (al netto delle imposte)		

**PRENDO ATTO** che **BMW Financial Services Italia S.p.A. ("BMW FSI")** ha stipulato con Allianz S.p.A. ("**Allianz**"), per conto dei propri clienti intestatari o co-intestatari di un Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°9514 ("**Polizza Vita**") concernente una copertura assicurativa per i casi di morte e di Invalidità Permanente Totale, e la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°50541050 ("**Polizza Danni**") concernente una copertura assicurativa per i casi di Inabilità Temporanea Totale (operante per i soli Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti); di Perdita d'Impiego (operante per i soli Lavoratori Dipendenti); di Ricovero Ospedaliero (operante per i soli Lavoratori Dipendenti Pubblici, Lavoratori Autonomi e Non Lavoratori); di Malattia Grave (operante nei soli casi di Aderente persona giuridica).

**DICHIARO** di avere letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nei Fascicoli Informativi ricevuti.

**DICHIARO** di aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

**DICHIARO** di aderire in qualità di Aderente alla **Polizza Vita** e, se barrata la relativa casella, alla **Polizza Danni**.

**PRENDO ATTO** che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione dell'importo finanziato oppure, nel caso di locazione finanziaria con facoltà di acquisto, di perfezionamento del relativo contratto, a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e la Dichiarazione di Buono Stato di Salute in esso contenuta (oppure sia stata prodotta la certificazione medica sostitutiva) e siano stati pagati i relativi Premi, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

**DESIGNO** come Assicurato la persona sopra indicata.

**AUTORIZZO BMW FSI** a trasmettere ad **Allianz** le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione della **Polizze Vita** e, se operante, della **Polizza Danni**.

**DÒ MANDATO** irrevocabile a **BMW FSI** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento dei Premi a favore di **Allianz**.

Data \_\_\_\_\_ Firma Legale Rappresentante dell'Aderente \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

**DICHIARO** di avere ricevuto, prima dell'adesione alla presente **Polizza Vita** e, se operante, alla presente **Polizza Danni**, copia integrale dei Fascicoli Informativi – ciascuno composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.4 e 30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Legale Rappresentante dell'Aderente \_\_\_\_\_

**DICHIARO** di avere ricevuto, prima dell'adesione alla presente **Polizza Vita** e, se operante, alla presente **Polizza Danni**, il modulo 7A – “Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti” ed il modulo 7B – “Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto” ai sensi e per gli effetti di cui all'art.49 del Regolamento ISVAP n°5 del 16 ottobre 2006 e successive modifiche.

Firma Legale Rappresentante dell'Aderente \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della suddetta **Polizza Vita** e, se operante, della suddetta **Polizza Danni**, **DICHIARO** espressamente di:

- a) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- b) prendere atto che, per il caso di morte, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita** spetta ai miei eredi, fatto salvo quanto disposto dagli artt.1920 e 1921 del Codice Civile.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Agli effetti della validità della suddetta **Polizza Vita** e, se operante, della suddetta **Polizza Danni**, **DICHIARO** espressamente di essere in buona salute da almeno dodici mesi ed, in particolare:

- a) di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- b) di non essere stato assente dalla propria professione o attività lavorativa per oltre sessanta giorni continuativi per infortunio o malattia nei dodici mesi antecedenti la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

### AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima di sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute.

L'Assicurato ha il diritto di non sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute e di richiedere ad Allianz di produrre una certificazione medica sostitutiva (utilizzando un apposito modello predisposto da Allianz). Il costo della certificazione medica è a carico dell'Assicurato.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Aderente e l'Assicurato, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsentono al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Legale Rappresentante dell'Aderente \_\_\_\_\_

Firma Assicurato \_\_\_\_\_