

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
Compagnia: CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia
in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)

Prodotto: "CPI Pubblici e Non
Lavoratori Recall" (Cod.
2019/01)

La presente informativa fornisce un riepilogo delle principali garanzie ed esclusioni del contratto e non tiene conto di esigenze e richieste specifiche. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

CPI Pubblici e Non Lavoratori Recall è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e le rate mensili in caso di Ricovero Ospedaliero. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonia vocale).



Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio non inferiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: in caso di contratto di finanziamento rateale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari al debito residuo in linea capitale comprensivo di Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario. In caso di locazione finanziaria (leasing), la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari al debito residuo attualizzato comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere.

✓ Ricovero Ospedaliero: in caso di contratto di finanziamento rateale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento comprensiva di capitale e interessi con esclusione della Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro, che il Cliente deve ancora corrispondere secondo il piano di ammortamento originario. In caso di locazione finanziaria (leasing), la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari all'ammontare del canone mensile secondo il Piano di Ammortamento Originario con esclusione del Valore di Riscatto.

Per ciascuna copertura, la Società indennizza i danni fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva (c.d. limiti di Indennizzo).



Che cosa non è assicurato?

✗ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio: non è assicurata l'Invalidità Totale Permanente inferiore al 60%.



Ci sono limiti di copertura?

Dalle coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero, sono esclusi:

- ! le conseguenze di Infortuni già note e/o già diagnosticate al momento dell'adesione;
- ! Infortuni derivanti da interventi di carattere estetico;
- ! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- ! Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- ! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.



Dove vale la copertura?

✓ Le coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.



Che obblighi ho?

- Pagare il Premio convenuto con la Società;
- denunciare tempestivamente il Sinistro;
- trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società;
- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere.

Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e anticipato e viene corrisposto alla Società per il tramite di FCA Bank S.p.A.

L'importo del Premio viene rateizzato ed addebitato al Cliente mediante incremento delle rate di rimborso del Contratto di Finanziamento.

Il Premio viene addebitato al Cliente a partire dalla scadenza della terza rata di rimborso del Contratto di Finanziamento o, nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda un differimento iniziale del pagamento delle rate di finanziamento pari a 60 giorni, verrà addebitato alla scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione.

La durata delle coperture è pari alla durata del Contratto di Finanziamento.



Come posso disdire la polizza?

In caso di durata poliennale del contratto, a condizione siano trascorsi almeno 5 (cinque) anni dal primo addebito del Premio, il Cliente può recedere annualmente dalla polizza mediante comunicazione da inviare alla Società con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 (cinque) anni, il recesso annuale non è consentito.

Inoltre, l'Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro il termine di 120 giorni a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione. Il Cliente non può recedere se in tale periodo (120 giorni) ha denunciato un Sinistro e il Sinistro è in corso di valutazione.

Il recesso è effettuato mediante invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite fax all'indirizzo di IdeaCall S.r.l., intermediario di cui si avvale FCA Bank S.p.A. per il collocamento dei prodotti tramite tecniche di comunicazione a distanza.

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa: CACI Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00420)

Prodotto: "CPI Pubblici e Non Lavoratori Recall" (Cod. 2019/01)

Data di realizzazione: 28 Novembre 2019 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

La presente informativa fornisce una sintesi della copertura Caso Morte e non tiene conto di esigenze e richieste specifiche. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

CPI Pubblici e Non Lavoratori Recall è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di decesso. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonata vocale).



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte

In caso di contratto di finanziamento rateale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari al debito residuo in linea capitale comprensivo di Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro che al momento del verificarsi del Sinistro il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario. In caso di locazione finanziaria (leasing), la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari al debito residuo attualizzato comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere.

La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva (c.d. limiti di Indennizzo).



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 70 anni al momento in cui hanno prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione.



Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:

- Suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione;
- Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni).



Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa per il Caso Morte è valida in tutti i paesi del mondo.



Che obblighi ho?

- Pagare il Premio convenuto con la Società;
 - gli aventi causa devono denunciare tempestivamente il Sinistro;
 - trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società. In particolare, i beneficiari devono trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
 - copia di un documento di identità dell'Assicurato;
 - copia di un documento di identità dell'avente causa;
 - certificato di morte;
 - relazione medica sulle cause del decesso (redatta su apposito modulo) e copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
 - copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
 - eventuale documentazione del 118 e/o verbale del Pronto Soccorso;
 - scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4);
 - in caso di morte violenta copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia del referto autoptico nel caso fosse stato eseguito.
 - Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere.
- Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e anticipato e viene corrisposto alla Società per il tramite di FCA Bank S.p.A.

L'importo del Premio viene rateizzato ed addebitato al Cliente mediante incremento delle rate di rimborso del Contratto di Finanziamento.

Il Premio viene addebitato al Cliente a partire dalla scadenza della terza rata di rimborso del Contratto di Finanziamento o, nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda un differimento iniziale del pagamento delle rate di finanziamento pari a 60 giorni, verrà addebitato alla scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione.

La durata delle coperture è pari alla durata del Contratto di Finanziamento.



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

In caso di durata poliennale del contratto, a condizione siano trascorsi almeno 5 (cinque) anni dal primo addebito del Premio, il Cliente può recedere annualmente dalla polizza mediante comunicazione da inviare alla Società con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 (cinque) anni, il recesso annuale non è consentito.

Inoltre l'Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro il termine di 120 giorni a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione. Il Cliente non può recedere se in tale periodo (120 giorni) ha denunciato un Sinistro e il Sinistro è in corso di valutazione.

Il recesso è effettuato mediante invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite fax all'indirizzo di IdeaCall S.r.l., intermediario di cui si avvale FCA Bank S.p.A. per il collocamento dei prodotti tramite tecniche di comunicazione a distanza.

La polizza collettiva non prevede la possibilità del Cliente di revocare la proposta né di risolvere il Contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

Imprese: CACI Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00420)

CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)

Prodotto: "CPI Pubblici e Non Lavoratori Recall" (Cod. 2019/01)

Data di realizzazione: 28 Novembre 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 a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Caci Life dac, Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda, sito internet www.ca-caci.ie; e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

Caci Non-Life dac, Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda, sito internet www.ca-caci.ie; e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono Compagnie assicuratrici di diritto irlandese appartenenti al Gruppo francese Crédit Agricole S.A. Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

Sito internet: www.ca-caci.ie Telefono: +39 02 00638113 Fax: 0035 31 603 96 49 E-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

Caci Life dac è autorizzata ad operare nel ramo vita I, Codice IVASS Impresa n° 20174 iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di libera prestazione di servizi n° II.00420.

Caci Non-Life dac è autorizzata ad operare nei rami danni (1, 2, 8, 9 e 16), Codice IVASS Impresa n° 10685, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di libera prestazione di servizi n° II.00419.

Caci Life dac e Caci Non-Life dac operano in Italia in regime di libera prestazione di servizi. Le Compagnie sono soggette alla vigilanza di Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

Il Premio non è investito in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di assicurazioni sulla vita.

Al 31 Dicembre 2018 il patrimonio netto di CACI Life dac è pari a € 167.493.485 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 27.355.245 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). Al 31 Dicembre 2018 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 168.633.979 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 95.442.939 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria delle Società (SFCR) è disponibile sul sito internet: <https://www.ca-assurances.com/en/Investors/Onglets/Solvency-2-Narrative-Reports>. L'indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 163,5% per la parte vita e 143,3% per la parte danni.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo Vita:

Copertura Caso Morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

L'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà, in ogni caso, eccedere il massimale di Euro 100.000,00.

Ramo Danni:

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali, in particolare:

Invalità Totale Permanente da Infortunio: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00;

Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

La polizza collettiva non prevede la possibilità dell'aderente di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni generiche valide per tutte le coperture assicurative:

- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

Ramo Vita: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Vita, sono esclusi dalla Copertura caso Morte:

- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.

Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia già corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

Ramo Danni: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni, sono esclusi dalla copertura caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero:

- mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

Franchigia per la copertura Ricovero Ospedaliero: 4 giorni (Franchigia Relativa).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

| | |
|---|--|
| Cosa fare in caso di Sinistro | <p>Denuncia di Sinistro: In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto al Contraente preferibilmente tramite l'invio dell'apposito modulo di denuncia Sinistro e dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a: FCA Bank Spa Customer Care Insurance, Corso Orbassano, 367 Porta 12 10137 Torino ovvero telefonicamente al numero 011 4488 203.</p> <p>Documentazione da presentare in caso di Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none">-copertura caso morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita;-coperture danni: l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione: <p><u>Invalidità Totale Permanente da Infortunio</u></p> <ul style="list-style-type: none">-copia di un documento di identità dell'Assicurato;-copia di un documento di identità dell'avente causa;-relazione medica (redatta su apposito modulo);-verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'invalidità totale permanente, il suo grado e la causa. <p>Nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento:</p> <ul style="list-style-type: none">- copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente;-verbale di Pronto Soccorso. <p><u>Ricovero Ospedaliero</u></p> <ul style="list-style-type: none">-copia di un documento di identità dell'Assicurato;-copia di un documento di identità dell'avente causa;-certificato medico di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del sinistro);-i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero). |
| | <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione danni si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.).</p> <p>I diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal decesso dell'Assicurato (art. 2952, secondo comma, c.c.). Si richiama l'attenzione sulle previsioni stabilite dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della polizza che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> |
| Dichiarazioni inesatte o reticenti | <p>Liquidazione della prestazione: la Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa necessaria a valutare il Sinistro.</p> <p>La comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Società può impugnare il contratto, comunicando all'Assicurato la propria volontà di procedere con l'impugnazione del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892 e 1894 c.c.).</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalle coperture assicurative mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.</p> |



Quando e come devo pagare?

| | |
|-----------------|---|
| Premio | In relazione alle modalità di pagamento del Premio, non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP Vita e al DIP Danni. Il Premio è comprensivo di imposta ed è finanziato da FCA Bank S.p.A. L'aderente dovrà restituire il prestito ottenuto per il pagamento del Premio secondo le modalità previste dal Contratto di Finanziamento stipulato. |
| Rimborso | In caso di estinzione anticipata totale o parziale del finanziamento la Compagnia restituisce al debitore/assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. La Compagnia trattiene la somma di Euro 25,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso. |



Quando comincia la copertura e quando finisce?

| | |
|--------------------|--|
| Durata | Le coperture hanno una durata pari al Contratto di Finanziamento. Le coperture cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione anticipata integrale del Contratto di Finanziamento; (iii) in caso di recesso; (iv) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato; (v) al raggiungimento del 75esimo anno di età; (vi) al pagamento del capitale assicurato a seguito di Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente da Infortunio; La Copertura Ricovero Ospedaliero è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni per Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. |
| Sospensione | Non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza sospendendo il pagamento dei premi. |



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

| | |
|--------------------------------------|--|
| Recesso, Revoca e Risoluzione | L'aderente ha diritto di recedere dal contratto entro il termine di 120 giorni a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestatato telefonicamente il proprio consenso all'adesione, mediante invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite fax al seguente indirizzo: Ideacall Srl Casella Postale 14230 20152 Milano Fax: 0237058137. Il diritto di recesso non potrà essere esercitato se l'aderente ha denunciato un Sinistro nel predetto termine di 120 giorni e il Sinistro è in corso di valutazione. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Cliente, per il tramite del Contraente, il Premio se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. In caso di durata poliennale del contratto, a condizione siano trascorsi almeno 5 (cinque) anni dal primo addebito del Premio, Il Cliente può recedere annualmente dalla polizza mediante comunicazione da inviare alla Società con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 (cinque) anni, il recesso annuale non è consentito. La polizza collettiva non prevede le possibilità di revocare la proposta né di risolvere il contratto. |
|--------------------------------------|--|



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto a lavoratori dipendente pubblico o non lavoratore, di età compresa tra i 18 e i 70 anni al momento dell'adesione alla polizza e non superiore ai 75 anni alla scadenza, che abbia sottoscritto un contratto di finanziamento o un contratto di locazione finanziaria (leasing) con FCA Bank S.p.A.



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.

Costi di intermediazione: sono pari al 57,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte) di cui 47,60% rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).

Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili della Società pari all'85%.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

| COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE? | |
|---|--|
| All'impresa assicuratrice | Per i reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei Sinistri rivolgersi a : CACI Life dac e CACI Non-Life dac Casella Postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) E-mail: complaints@ca-caci.ie Le Compagnie risponderanno nel termine massimo di 45 giorni. |
| All'IVASS | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (oltre il termine di 45 giorni previsto dalla normativa regolamentare), è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it L'aderente può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine delle Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda. |
| PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori): | |
| Mediazione | La procedura di mediazione, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza. La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria. |
| Negoziazione assistita | L'aderente può ricorrere alla procedura di negoziazione assistita ai sensi della Legge n. 162/2014. Tale procedura è volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia, tramite richiesta del proprio avvocato nei confronti della Compagnia. La Compagnia dovrà rispondere all'aderente tramite il proprio avvocato. |
| Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie | Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente (Financial Services Ombudsman's Bureau) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Per i contratti stipulati online, il reclamo può essere presentato per mezzo della piattaforma della risoluzione delle controversie online (ODR) accessibile tramite l'indirizzo: http://ec.europa.eu/consumers/odr/ . |
| REGIME FISCALE | |
| Trattamento fiscale applicabile al contratto | Detrazione fiscale dei premi: se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi. Tassazione delle somme assicurate: le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate sotto forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito. |

AVVERTENZE

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, LA SOCIETA' HA L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALLA SOCIETA' LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

PER QUESTO CONTRATTO LA SOCIETA' NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizze Collettive n. “L-2007-10-21-197-2” (CACI Life dac) e n. “N-2007-10-21-197-2” (CACI Non-Life dac) denominate “CPI PUBBLICI E NON LAVORATORI RECALL” stipulate tra FCA Bank S.p.A. e CACI Life dac e CACI Non-Life dac

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa

(aggiornamento al 28/11/2019) Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro “Contratti Semplici e Chiari”

(Cod. 2019/01)

COME LEGGERE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti condizioni di assicurazione sono state redatte secondo le linee guida del Tavolo di lavoro ANIA “*Contratti Semplici e chiari*”.

Per garantire massima trasparenza e facilità di lettura, le Società ti spiegano in questa pagina quali forme di comunicazione vengono utilizzate per aiutarti nella lettura e comprensione del contratto.

In particolare, nelle condizioni di assicurazione potrai trovare:

- ✓ Box esplicativi di colore **VERDE**, contenenti esempi utili per comprendere il funzionamento del contratto e delle coperture offerte.
- ✓ Box esplicativi di colore **BLU**, che contengono l'approfondimento o la spiegazione di clausole contrattuali o norme di legge, al fine di consentire una maggiore comprensione del contratto.
- ✓ L'indicazione **ATTENZIONE** per le clausole contrattuali che dovrai leggere con particolare attenzione, poiché contengono riferimenti a limitazioni, esclusioni, costi oppure oneri a carico dell'Assicurato.
- ✓ Il simbolo  che mette in evidenza le clausole che descrivono il comportamento che il Cliente, l'Assicurato o il Beneficiario devono tenere per poter, tra le altre cose:
 - recedere dal contratto di assicurazione;
 - richiedere informazioni alle Società;
 - denunciare un Sinistro.
- ✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario.

INDICE

| | |
|---|--------------|
| ART. 1 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE: COPERTURE ASSICURATIVE E INDENNIZZI | pag. 3 di 20 |
| ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE..... | pag. 6 di 20 |
| ART. 3 – ESCLUSIONI | pag. 7 di 20 |
| ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI..... | pag.8 di 20 |
| ART. 5 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATO | pag.8 di 20 |
| ART. 6 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO | pag.8 di 20 |
| ART. 7 – PRESCRIZIONE | pag.10 di 20 |
| ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE..... | pag.10 di 20 |
| ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI..... | pag.10 di 20 |
| ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO..... | pag.10 di 20 |
| ART. 11 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO E RECESSO DOPO 5 ANNI..... | pag.11 di 20 |
| ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE | pag.13 di 20 |
| ART. 13 – ONERI FISCALI | pag.13 di 20 |
| ART. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA..... | pag.14 di 20 |
| ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE..... | pag.14 di 20 |
| ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI | pag.14 di 20 |
| ART. 17 – RECESSO | pag.14 di 20 |
| ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA..... | pag.14 di 20 |
| ART. 19 – RISCATTO E RIDUZIONE..... | pag.14 di 20 |
| ART. 20 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE | pag.14 di 20 |
| ART. 21 – CESSIONE DEI DIRITTI..... | pag.16 di 20 |
| ART. 22 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA | pag.16 di 20 |
| ART. 23 – SANZIONI INTERNAZIONALI | pag.16 di 20 |
| GLOSSARIO..... | pag.17 di 20 |
| “ TUTELA PRIVACY ” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI | pag.19 di 20 |

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: COPERTURE ASSICURATIVE E INDENNIZZI

CPI Pubblici e Non Lavoratori Recall (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA, ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE;**
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO** di grado pari o superiore al 60%;
- **RICOVERO OSPEDALIERO.**

ATTENZIONE: le coperture assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione sono offerte congiuntamente dalle Società e i Clienti del Contraente potranno aderirvi mediante un'unica adesione, tramite Tecniche di Comunicazione a Distanza (contatto telefonico). Non è pertanto possibile aderire ad una singola copertura.

Di seguito sono descritte nello specifico le coperture prestate dalla Società e le relative prestazioni assicurative.

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all' art. 1.1.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 12;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.1.1. INDENNIZZO PER IL CASO MORTE

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario:

- in caso di contratto di finanziamento rateale un importo pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al momento del verificarsi del Sinistro il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro.** Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso dell'Assicurato e la data di denuncia del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo pari a 60 (sessanta) giorni di interessi; o
- in caso di locazione finanziaria (leasing) un importo pari, al debito residuo attualizzato, comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere **dal quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati alla data del Sinistro e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.**

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del debito residuo del finanziamento e non può inoltre eccedere il massimale di Euro 100.000,00 anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo al medesimo Assicurato.

Art. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

Nel caso in cui si verifichi un Infortunio dal quale derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale e Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.2.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell' art. 12;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.2.1. INDENNIZZO PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente dovuta ad Infortunio viene prestata nel caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura, perda in modo totale, definitivo ed irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana.

Tale perdita viene stabilita esclusivamente nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/65, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL).

ATTENZIONE: nello stabilire il grado di invalidità totale permanente viene tassativamente **ESCLUSA** qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 05/02/1992 (Tabelle INPS).

In caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario:

- in caso di contratto di finanziamento rateale un importo pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al momento del verificarsi del Sinistro il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro.** Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data del dell'Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato e la data di denuncia del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo pari a 60 (sessanta) giorni di interessi; o
- in caso di locazione finanziaria (leasing) un importo pari, al debito residuo attualizzato, comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere **dal quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati alla data del Sinistro e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.**

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del debito residuo del finanziamento e non può inoltre eccedere il massimale di Euro 100.000,00 anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo al medesimo Assicurato.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, prima che la Società abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti, il Beneficiario dell'Assicurato potrà dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Totale Permanente da Infortunio. **In questo caso la Società provvederà al pagamento dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e non per il Caso Morte.**

Art. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso di Ricovero Ospedaliero, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.3.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 12;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

1.3.1. INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dal quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Relativa di 4 (quattro) giorni**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione:

- in caso di contratto di finanziamento rateale una somma pari all'ammontare delle rate mensili in scadenza durante tale periodo comprensive di capitale e interessi, **con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.),** dovuta dal Cliente al Contraente in tale periodo secondo il Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari alle rate mensili comprensive di capitale e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro; o
- in caso di locazione finanziaria (leasing) una somma pari all'ammontare dei canoni mensili dovuti dal Cliente al Contraente secondo il piano di ammortamento originario con esclusione del Valore di Riscatto.

Solo in caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che decorre dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.

Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero dovuta a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

Per ogni Sinistro, il diritto al primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sorge se l'Assicurato è stato ricoverato per almeno 4 giorni e sarà liquidato al passaggio della rata mensile. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

La copertura Ricovero Ospedaliero prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo mensile:** per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 1.500,00;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero per lo stesso Sinistro è di n.12 Indennizzi mensili;
- **massimale globale:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero è di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ATTENZIONE: dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se non è trascorso un Periodo di Riquilificazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 36 Indennizzi mensili

Esempio:

L'Assicurato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua Normale Attività Lavorativa per 30 giorni, subisce un Ricovero Ospedaliero che si protrae per 20 giorni, denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e protratti **4 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (Periodo di Franchigia Relativa)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo che non può superare Euro 1.500,00.

Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato sta bene e torna a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa, il Sinistro quindi è chiuso e la Società non eroga più l'Indennizzo mensile ma, dopo 20 giorni subisce un nuovo infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

La successiva prestazione assicurativa per Ricovero Ospedaliero risulta dovuta?

NO, in quanto l'Assicurato non è tornato a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa per 30 giorni consecutivi prima di denunciare un nuovo sinistro per Ricovero Ospedaliero. (**Periodo di Riquilificazione**).

ATTENZIONE: l'esempio ha mere finalità esplicative.

| | |
|---|---|
| <p>Cosa si intende per Periodo di Riquilificazione?</p> | <p>Il Periodo di Riquilificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Ricovero Ospedaliero.</p> |
| <p>Cosa si intende per Periodo di Carenza?</p> | <p>Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Ricovero Ospedaliero da Malattia non operano. Ciò significa che il Ricovero Ospedaliero da Malattia verificatasi nei primi 30 giorni non verrà indennizzata dalla Società.</p> |
| <p>Cosa si intende per Periodo di Franchigia Relativa?</p> | <p>Il Periodo di Franchigia Relativa è il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo indennizzo.</p> |

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

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

1. l'Assicurato abbia **stipulato il Contratto di Finanziamento** e, contattato telefonicamente, abbia manifestato il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione;
2. al momento in cui ha prestato il consenso telefonico ad aderire alla Polizza Convenzione, l'Assicurato abbia **un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti**;
3. al momento in cui ha prestato il consenso telefonico ad aderire alla Polizza Convenzione l'Assicurato sia **Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore**

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

2.2. Si specifica che, qualora il Cliente non presenti tutti i requisiti richiesti dalla Polizza Convenzione di cui al presente articolo 2, non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere e non troveranno applicazione.

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto se l'Assicurato, al momento dell'adesione, avvenuta mediante Tecniche di Comunicazione a distanza (Contatto Telefonico), non presentava i requisiti di assicurabilità previsti nel presente articolo.

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n.40/2018 al Cliente viene fornita, durante il contatto telefonico, l'informazione relativa:

- a. al diritto di scegliere di ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale ai sensi dell'articolo 73, comma 1, del Regolamento IVASS n.40/2018, su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b. al diritto di richiedere, in ogni caso e senza oneri, la ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale di cui all'articolo 73, comma 1, del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo e di modificare la Tecnica di Comunicazione a distanza;
- c. alla circostanza per la quale è richiesta al Cliente la sottoscrizione e la ritrasmissione ad IdeaCall del Certificato Personale di Assicurazione, e che il Cliente, per la sottoscrizione e la restituzione potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole, fermo restando che la mancata restituzione della stessa non comporta l'invalidità dell'adesione alla Polizza Convenzione che si intende comunque perfezionata.

ATTENZIONE: L'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente avviene mediante consenso espresso e registrato telefonicamente. Il Cliente riconosce che l'adesione telefonica, in quanto registrata dietro suo consenso raccolto nel corso della telefonata, ha lo stesso valore legale dell'adesione per iscritto.

La verifica dell'avvenuto consenso ad aderire alla Polizza Convenzione potrà essere effettuata, in qualsiasi momento, dal Cliente tramite richiesta alla Società della relativa registrazione telefonica.

Prima che il Cliente sia vincolato dall'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà trasmesso il Set Informativo (in forma cartacea o su altro supporto durevole da lui prescelto), unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.

ART. 3 – ESCLUSIONI

ATTENZIONE: il presente articolo regola le esclusioni, cioè i limiti di ciascuna copertura. Nel caso in cui l'evento assicurato dovesse accadere secondo le circostanze di seguito indicate e descritte, il Sinistro risulterebbe escluso e la Società non corrisponderà alcun Indennizzo.

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
3. alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
4. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

ESCLUSIONI SPECIFICHE CASO MORTE

1. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri e parapendio;
4. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
5. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
6. pratica di immersioni subacquee non in apnea, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo.

ESCLUSIONI SPECIFICHE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E RICOVERO OSPEDALIERO

1. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
3. trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;
4. conseguenze di Infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
5. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
6. Infortuni causati da:
 - ✓ Pratica dei seguenti sport in generale:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore.

- ✓ **Pratica dei seguenti sport in competizione:**
 - **partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
 - **uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.**
- ✓ **Pratica di sport a livello professionistico:**
 - **tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.**

ATTENZIONE: nessun indennizzo per il caso Morte risulterà dovuto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto all'Assicurato importi a titolo di indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti le coperture caso Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero della presente Polizza Convenzione devono intendersi operanti in relazione:

- ai Sinistri cagionati da **colpa grave** dell'Assicurato;
- ai Sinistri determinati da **tumulti popolari** o **atti di terrorismo**, a condizione che l'Assicurato **non vi abbia preso parte attiva**;
- ai Sinistri occorsi come conseguenza di **movimenti tellurici**.

Le coperture assicurative caso Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero operano inoltre in caso di Sinistro determinato da stato di guerra, conflitti armati o da insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici o insurrezionali mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paesi sino ad allora in pace, a condizione che l'Assicurato non prenda parte attiva alle ostilità, al conflitto o all'insurrezione.

ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI

La copertura assicurativa per il caso Morte è valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

ART. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha l'obbligo di:

- **pagare il premio convenuto con la Società**, nelle modalità e nella misura prevista dall'art. 10 delle condizioni di assicurazioni e indicato nel Certificato Personale di Assicurazione;
- **collaborare con la Società in caso di Sinistro**, denunciando l'evento assicurato e trasmettendo alla Società la documentazione prevista dalle presenti condizioni di assicurazione;
- **rilasciare dichiarazioni complete e veritiere** per consentire alla Società di valutare il rischio dalla stessa assunto, come precisato dall'art. 9 delle presenti condizioni di assicurazione.

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

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto al Contraente compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro che potrà essere richiesto a FCA Bank S.p.A. all'indirizzo sotto riportato.
- 6.2 La denuncia Sinistro, unitamente alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5 dovrà essere trasmessa al Contraente con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a:

FCA Bank S.p.A.

Customer Care Insurance
Corso Orbassano, 367 Porta 12
10137 Torino
ovvero telefonicamente al numero 011 4488 203

L'invio all'Assicurato del modulo di denuncia del Sinistro da parte del Contraente viene effettuato con la sola finalità di consentire una più rapida gestione del Sinistro stesso.



- 6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Ricovero Ospedaliero e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa saranno tenuti, oltre che ad inviare al Contraente la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., ad inviare alla Società, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 6.2.
- 6.4 La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali relative al diritto alle prestazioni assicurative di cui alla Polizza Convenzione.
- 6.5 **In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa dovranno trasmettere al Contraente la seguente documentazione:**

6.5.1. CASO MORTE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'avente causa;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4).

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

6.5.2. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità dell'avente causa;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;
- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'invalidità totale permanente, il suo grado e la causa;
- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura.

Nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento, eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro e l'eventuale il verbale di Pronto Soccorso.

6.5.3. RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato medico di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del sinistro);
- i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

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

ART. 7 – PRESCRIZIONE

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

In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri relativi alle coperture danni (Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero) che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento e i sinistri caso Morte che non siano denunciati entro dieci anni dal decesso non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

ATTENZIONE: in relazione alla copertura caso Morte, si richiama l'attenzione dell'aderente su quanto previsto dalla normativa in vigore in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti ai Beneficiari e non reclamati entro il termine di prescrizione di dieci anni sono devoluti al Fondo per le Vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

La Società effettua il pagamento della prestazione assicurativa entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa prevista nelle presenti condizioni di assicurazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori pro tempore vigenti.

ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

La comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Società può impugnare il contratto, comunicando all'Assicurato la propria volontà di procedere con l'impugnazione del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892 e 1894 c.c.).

Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalla copertura assicurativa mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.

ATTENZIONE: le informazioni false, inesatte e reticenti, anche se comunicate dall'Assicurato senza intenzione di far cadere in errore la Società circa la valutazione del rischio (dolo) o grave negligenza (colpa grave), possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Cosa si intende per informazioni false, inesatte e reticenti?

Sono informazioni false, inesatte e reticenti le informazioni non veritiere, non corrette, non complete o taciute relative ad aspetti che la Società deve necessariamente conoscere al fine di decidere se assumere o meno il rischio da assicurare o se assumerlo a determinate condizioni.

Sono informazioni false, inesatte o reticenti rilevanti per la assunzione del rischio, ad esempio, le informazioni non complete sul proprio stato di salute o sul proprio stato lavorativo o la mancata comunicazione dell'esistenza di malattie pregresse rispetto alla data di adesione alla Polizza Convenzione.

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Per ogni Assicurato che ha aderito alla Polizza Convenzione, il Premio (comprensivo delle imposte dovute ai sensi di legge) in favore della Società è corrisposto dal Contraente in forma unica ed anticipata.

Il Premio è a carico del Cliente il quale ha l'obbligo di rimborsarlo al Contraente.

L'importo del **Premio unico** anticipato viene rateizzato al Cliente ed è addebitato dal Contraente al Cliente mediante incremento delle rate di rimborso del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento (e quindi viene pagato ratealmente dal Cliente unitamente alle rate di rimborso del finanziamento stesso).

Il primo addebito del Premio al Cliente avverrà alla scadenza della terza rata di rimborso del Contratto di Finanziamento o alla scadenza della prima rata di rimborso del Contratto di Finanziamento, in caso di differimento del pagamento della prima rata di rimborso del finanziamento superiore a 60 (sessanta) giorni.

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale nella misura del 12,02% applicata sulla sola parte di Premio relativa alle garanzie danni. Il Premio sotto riportato è già comprensivo della suddetta riduzione.

Il Premio unico è calcolato come segue:

0,123% dell'importo del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento moltiplicato per ogni mese di durata del Contratto di Finanziamento (inclusa Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro se presente).

Si specifica che il tasso lordo di Premio è così composto: 0,123% = 0,085% (Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio) + 0,038% (Ricovero Ospedaliero).

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 57% di cui 47,60%, rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società pari all'85%.

ART. 11 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO E RECESSO DOPO 5 ANNI

In caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento o in caso di recesso dalla Polizza Convenzione esercitato dopo 5 anni dalla Data di Decorrenza, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

La Società restituirà al Cliente **la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto**. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dal Cliente al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

La parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto è calcolata secondo la seguente formula:

- Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

$$P = Pr \times \frac{(N - K)}{N} + Pc \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{Dr}{Di}$$

- Per la parte di costi relativi alla gestione della Polizza Convenzione secondo la regola:

$$C = Cg \times \frac{(N - K)}{N}$$

dove:

Pr = quota parte del Premio Puro unico relativa alle garanzie di rata

Pc = quota parte del Premio Puro unico relativa alle garanzie di capitale

Cg = quota parte del Premio unico relativa ai costi per la gestione della Polizza Convenzione percepita dal Contraente

Dr = debito residuo alla data dell'estinzione

Di = debito iniziale del finanziamento

N = durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)

K = numero di mesi trascorsi dalla sottoscrizione

(N - K) = durata residua

ATTENZIONE: La Società, in caso di estinzione anticipata, sia totale che parziale tratterrà € 25,00 dall'importo dovuto (P + C) a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio. Qualora l'importo dovuto (P + C) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Di seguito sono riportate le percentuali da applicare alle rispettive quota parte di premio ai fini del calcolo del premio da rimborsare per estinzione anticipata:

| Premio | Pr | Pc |
|--------|--------|--------|
| 0,123% | 29,55% | 70,45% |

Esempio:

Di seguito si riporta di **estinzione integrale anticipata** un esempio calcolato tenendo conto dei seguenti parametri:

- Contratto di Finanziamento: €10.000,00, durata pari a 48 mesi, tasso d'interesse (TAN) 5%
- capitale assicurato: €10.000,00
- estinzione integrale anticipata avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione
- debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione: €5.249,27
- Premio lordo all'adesione: €590,40
- Premio netto all'adesione: €585,60
 - o Premio Puro: €251,81
 - o Parte relativa ai costi di gestione della Polizza Convenzione: €333,79

- Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

$$P = (251,81 \times 29,55\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} + (251,81 \times 70,45\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} \times \frac{5.249,27}{10.000} = 83,77$$

- Per la parte di costi relativi alla gestione della Polizza Convenzione secondo la regola:

$$C = (333,79) \times \frac{(48 - 24)}{48} = 166,89$$

- Importo dovuto pari a:

$$P + C - \text{spese amministrative} = € 83,77 + € 166,89 - € 25 = € 225,66$$

In alternativa, in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento la Società, previa espressa richiesta scritta del Cliente contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento, fornirà le coperture assicurative in favore del Cliente quale Beneficiario fino alla data di scadenza del Contratto di Finanziamento.

Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e delle rate mensili sarà quello risultante dal Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute in precedenza una o più estinzioni parziali anticipate che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato. In tali casi, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. Il Cliente ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale. Tale restituzione avverrà tramite accredito sulle coordinate bancarie del Cliente ed è calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{rimborso premio parziale} = (P + C) \times \frac{Q_e}{D_r}$$

dove:

(P+C) = importo dovuto in caso di estinzione integrale anticipata al netto di eventuali estinzioni anticipate parziali avvenute in precedenza

Qe = quota di capitale estinta

Dr = debito residuo alla data dell'estinzione

Di seguito si riporta un esempio ricavato sulla base del precedente risultato che tiene conto dei seguenti parametri aggiuntivi:

- estinzione parziale anticipata di € 2.000,00 avvenuta dopo 24 mesi;
- debito residuo alla data di estinzione parziale € 5.249,27

Importo dovuto pari a:

$$(P + C) \times \frac{Q_e}{D_r} - \text{spese amministrative} =$$

$$(83,77 + 166,89) \times \frac{2.000}{5.249,27} - 25\text{€} = 70,50$$

In alternativa al rimborso parziale del Premio su richiesta del Cliente espressa per iscritto, da formularsi al momento dell'estinzione parziale anticipata del Contratto di Finanziamento, la Società non ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative a favore del Beneficiario, che pertanto rimarranno invariate rispetto al periodo antecedente l'estinzione anticipata.

A seguito di ogni estinzione parziale anticipata, che abbia dato luogo alla restituzione della parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, le diverse componenti del Premio sopra definite (che verranno utilizzate per il calcolo delle future estinzioni parziali e/o dell'eventuale estinzione integrale) verranno riproporzionate come segue:

$$C_g^* = C_g \times [1 - (Q_e / D_r)]$$

$$P_r^* = P_r \times [1 - (Q_e / D_r)]$$

$$P_c^* = P_c \times [1 - (Q_e / D_r)]$$

$$D_i^* = D_i \times [1 - (Q_e / D_r)]$$

ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso alla Polizza Convenzione.

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

- alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
- in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
- in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
- in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato;
- al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età;
- al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società restituirà al Cliente, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dal Cliente al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

In alternativa, su richiesta del Cliente di mantenere le coperture assicurative espressa per iscritto, da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Cliente quale Beneficiario.

ATTENZIONE: L'eventuale rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), non è coperto dalla presente Polizza Convenzione.

ART. 13 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla Polizza Convenzione sono a carico dell'Assicurato, restando inteso che il loro versamento verrà effettuato ad onere, cura e responsabilità della Società.

ART. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dalla Polizza Convenzione è applicabile la legge italiana.

ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che le coperture assicurative previste dalla Polizza Convenzione possono cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 – RECESSO

Il Cliente potrà recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro il termine di 120 (centoventi) giorni a partire dalla Data di Decorrenza.

La comunicazione di recesso si intende fatta alla Società e al Contraente ove comunicata a IdeaCall s.r.l., mediante invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite fax (indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa) al seguente indirizzo:

IdeaCall s.r.l.

Casella Postale 14230
20152 Milano
Fax: 0237058137

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società.



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

Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 120 (centoventi) giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.

In caso di durata poliennale, a fronte della riduzione di Premio che la Società ha concesso nella misura indicata nel Set Informativo, l'Assicurato può recedere annualmente dalla polizza a condizione che siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza delle coperture assicurative, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 anni il recesso annuale non è consentito.

ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex art. 1916 c.c. nei confronti dell'aderente.

ART. 19 – RISCATTO E RIDUZIONE

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

ART. 20 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

Tutte le comunicazioni da parte del Cliente nei confronti della Società, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento. Eventuali comunicazioni da parte della Società al Cliente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto del Cliente stesso.

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

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Casella postale chiusa 90
presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)
e-mail: complaints@ca-caci.ie

Eventuali reclami riguardanti il Contraente, dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:

FCA Bank S.p.A.

Ufficio Reclami
Corso Giovanni Agnelli 200
10135 Torino
Fax: 011/3797170
E-mail: fcabank.reclami@fcagroup.com
Pec: fcabank.reclami@pec.fcagroup.com

Se l'esponente, nel termine massimo di quarantacinque giorni, non ha ricevuto riscontro alla sua richiesta da parte della Società o del Contraente o non è completamente soddisfatto della risposta ricevuta, potrà inviare reclamo scritto all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA, o tramite fax al seguente numero 06.42133206 o tramite PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito dell'IVASS www.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito da quest'ultima;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

I reclami relativi all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo n. 209/2005) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del Codice del Consumo (Decreto Legislativo n. 206/2005), Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS secondo le modalità sopra indicate.

Per qualsiasi controversia inerente alla quantificazione delle prestazioni assicurative è fatta salva in ogni caso la competenza dell'Autorità Giudiziaria.

L'Assicurato può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine delle Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

Prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, il soggetto reclamante potrà utilizzare i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla legge, vale a dire:

- la **NEGOZIAZIONE ASSISTITA**, ai sensi della Legge n. 162/2014, volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia avvalendosi dell'assistenza prestata da avvocati a tal fine appositamente incaricati dalle parti;
- la **PROCEDURA DI MEDIAZIONE**, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.
La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: **prima di esercitare un'azione giudiziaria relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.**

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente (Financial Services Ombudsman 's Bureau) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Per i contratti stipulati online, il reclamo può essere presentato per mezzo della piattaforma della risoluzione delle controversie online (ODR) accessibile tramite l'indirizzo <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

ART. 21 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato **non** potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione.

ART. 22 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

Qualora tra l'Assicurato o i suoi aventi causa e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'Indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del collegio sono nominati uno per parte ed il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali di comune accordo tra esse o, in caso di mancato accordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

ART. 23 – SANZIONI INTERNAZIONALI

Caci Life dac e Caci Non-Life dac, Società appartenenti al Gruppo Crédit Agricole, si conformano alle Sanzioni Internazionali definite dal diritto internazionale e alle misure restrittive di tipo economico, finanziario o commerciale (compresi, a titolo esemplificativo, embargo, congelamento di beni e di risorse economiche, restrizioni alle transazioni con entità o individui, o restrizioni relative a specifici beni o territori) adottate dal Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ai sensi del Capitolo VII della Carta delle Nazioni Unite, dall'Unione europea, dalla Repubblica Italiana, dalla Repubblica Francese e dagli Stati Uniti d'America, con particolare riferimento alle misure emesse dall' Office of Foreign Assets Control collegato al Dipartimento del Tesoro (OFAC) e al Dipartimento di Stato, o da qualsiasi altra autorità che abbia il potere di irrogare tali Sanzioni, tramite atti aventi natura vincolante.

Caci Life dac e Caci Non-Life dac non potranno pertanto corrispondere alcuna prestazione assicurativa in violazione delle disposizioni sopra richiamate.

Valutazione della coerenza del contratto

Nel rispetto della vigente normativa in materia di distribuzione assicurativa, il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare la coerenza del prodotto proposto con i bisogni e le esigenze del Cliente tramite registrazione telefonica autorizzata dal Cliente.

GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione mediante espresso consenso reso telefonicamente.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Canone mensile:** indica nel contratto di locazione finanziaria (leasing) il corrispettivo che viene versato dall'utilizzatore del veicolo alla società locatrice per poter godere del veicolo di proprietà della società locatrice medesima.
- **Certificato Personale di Assicurazione:** indica il modulo inviato al Cliente insieme al DIP Danni, al DIP Vita al DIP aggiuntivo multirischi, alle condizioni di assicurazione, al Glossario, da sottoscrivere e ritrasmettere alla Società da parte del Cliente.
- **Cliente (o Aderente):** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento.
- **Contraente:** indica FCA Bank S.p.A., con sede legale in Corso Giovanni Agnelli 200 – Torino, che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento rateale o il contratto di locazione finanziaria (leasing) di importo massimo pari ad Euro 100.000,00 stipulato tra il Contraente e il Cliente, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito secondo un piano di ammortamento predeterminato - eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) - o derivante dalla locazione finanziaria, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui il Cliente, contattato telefonicamente, ha manifestato il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione.
- **DIP Danni:** indica l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- **DIP Vita:** indica il documento informativo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi come disciplinato dagli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018. Il DIP Vita contiene le principali informazioni per consentire all'aderente di valutare il prodotto e compararlo con prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** indica il documento informativo integrativo del DIP Vita e del DIP Danni nel caso di contratti in cui a prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi sono abbinate garanzie relative ai prodotti danni come disciplinato dall'art. 16 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **Ente Pubblico:** indica ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **IdeaCall s.r.l.:** indica la società di cui si avvale il Contraente per la promozione e il collocamento delle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione mediante Tecniche di Comunicazione a distanza.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 3. l'assideramento o il congelamento;
 4. i colpi di sole o di calore;
 5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
 7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 8. l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad infortunio, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o Non Lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
 - **Istituto di Cura:** indica 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 Dipendente di Ente Pubblico:** indica la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un Ente Pubblico. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti di Ente

Pubblico, coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative (se la cooperativa è un Ente Pubblico), c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate, o che godono di compensi per attività libero professionale, intramuraria del personale dipendente del SSN, indennità ed altri compensi corrisposti da Stato, Regioni, Province e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni.

- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Maxi Rata Finale (M.R.F.):** indica la Rata Finale che il Cliente dovrà versare ad FCA Bank a conclusione del Contratto di Finanziamento per la quale potrà scegliere se rimborsare in un'unica soluzione o attraverso una dilazione della stessa.
- **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
- **Non Lavoratore:** indica la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo i pensionati, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire del Ricovero Ospedaliero, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale la copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero, non è efficace.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** indica il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione del Ricovero Ospedaliero, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Ricovero Ospedaliero.
- **Piano di Ammortamento Originario:** indica il piano di ammortamento del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento calcolato in base all'importo finanziato, alla durata e al tasso stabilito alla data di sottoscrizione del Contratto di Finanziamento.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, comunicata telefonicamente al Cliente, riportata nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative previste dalla Polizza Convenzione.
- **Premio Puro:** indica il Premio al netto delle imposte e della quota parte di Premio percepita dal Contraente.
- **Rata Mensile:** indica il pagamento periodico che il titolare del Contratto di Finanziamento effettua al fine di restituire l'importo finanziato, comprensivo di quota capitale e quota interessi.
- **Ricovero Ospedaliero:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Set Informativo:** indica l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è costituito da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Certificato Personale di Assicurazione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero CACI Non-Life dac.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza:** indica qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Società, del Contraente e del Cliente, possa impiegarsi per il perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente.
- **Valore Garantito Futuro (V.G.F.):** indica il prezzo minimo di Riacquisto del Veicolo che l'ente di vendita (o dealer) aderente si impegna a riconoscere al Cliente in caso di riconsegna del veicolo con acquisto di un nuovo veicolo o in caso di riconsegna del veicolo senza riacquisto.
- **Valore di Riscatto:** indica il prezzo finale di acquisto del veicolo che il Cliente dovrà pagare al termine del contratto di locazione finanziaria (leasing).

“TUTELA PRIVACY ” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Compagnie CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti dall'intermediario assicurativo, in sede di adesione al contratto di assicurazione.

Il conferimento e il trattamento dei Suoi dati, compresi i dati particolari sono necessari per fornirLe i prodotti e servizi assicurativi e, in particolare, per la conclusione, gestione e l'esecuzione del contratto di assicurazione.

Il mancato conferimento dei dati o la revoca del consenso al trattamento degli stessi hanno l'effetto di impedire alle Società la fornitura dei servizi/prodotti assicurativi e, in generale, la conclusione, gestione ed esecuzione del contratto, compresa l'eventuale corresponsione della prestazione assicurativa.

I Suoi dati personali verranno pertanto trattati, nei limiti imposti dalla normativa primaria e regolamentare vigente, per la conclusione e l'esecuzione del contratto e, in particolare, per:

- l'istruzione del Certificato Personale di Assicurazione, la conclusione, esecuzione e la gestione del contratto di assicurazione, compresa la gestione dei sinistri, dei reclami e delle liti nonché la lotta alle frodi. Il conferimento e il trattamento dei dati dell'interessato è necessario per il completamento delle finalità sopra esposte;
- lo sviluppo degli studi statistici e attuariali.

In conformità con la normativa sulla protezione dei dati personali La informiamo che i suoi dati personali saranno conservati in relazione alle finalità descritte e per i seguenti periodi:

i dati raccolti nel Certificato Personale di Assicurazione per la conclusione, esecuzione e gestione del contratto saranno trattati per le finalità descritte e conservati per un periodo corrispondente ai termini prescrizionali indicati nell'art. 7 delle condizioni di assicurazione e, in generale, nel rispetto dei termini di prescrizione e conservazione previsti dal Codice civile e dal Codice delle Assicurazioni nonché da disposizioni normative, regolamentari e amministrative (anche contabili e fiscali), e nello specifico:

- con riferimento alla sottoscrizione, conclusione, esecuzione e gestione del contratto (salvo i dati contenuti nel Certificato Personale di Assicurazione): due anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento al Certificato Personale di Assicurazione: dieci anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento ai dati inerenti ai sinistri/reclami (salvo i documenti contabili): due anni dalla chiusura del sinistro/reclamo;
- con riferimento ai documenti contabili o fiscali relativi ai pagamenti connessi ai reclami: dieci anni dalla scadenza o termine del contratto.

Nel caso in cui il contratto non sia concluso, i dati possono essere conservati per un periodo di tre anni dalla data di conferimento dei dati.

I dati relativi al Suo stato di salute sono trattati per tutta la durata del contratto e conservati per lo stesso periodo richiesto per la conclusione del contratto nonché in conformità con le norme di riservatezza specificamente previste per tali dati.

- In ambito di lotta al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo: dieci anni dalla cessazione del rapporto continuativo, della prestazione professionale o dall'esecuzione dell'operazione occasionale;
- con riferimento agli obblighi di conoscenza del cliente in relazione alla disciplina delle sanzioni internazionali: sei anni dalla scadenza o termine del contratto;
- in ambito di lotta alle frodi: sei mesi dalle segnalazioni per quelle irrilevanti; per le segnalazioni rilevanti, invece, il periodo di conservazione dei dati è di cinque anni dalla chiusura del fascicolo sulla frode o dal termine prescrizionale in caso di reato;
- in ambito di elaborazione commerciale e in assenza di un contratto: i dati elaborati possono essere conservati per un periodo di tre anni dall'ultimo contatto infruttuoso.

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi con i quali il Certificato Personale di Assicurazione è stato sottoscritto e, ove previsto, le compagnie di co-assicurazione, di riassicurazione, nonché le amministrazioni e le autorità giudiziarie preposte alla vigilanza delle prescrizioni normative e regolamentari rilevanti in materia (a titolo esemplificativo IVASS, COVIP, CONSAP e le motorizzazioni). Possono essere destinatari dei Suoi dati medici, consulenti tecnici di parte e legali. Sono inoltre destinatarie dei dati le Compagnie e le società del Gruppo Crédit Agricole, che siano responsabili della gestione e la prevenzione dei rischi connessi alle operazioni (antiriciclaggio, valutazione del rischio) a beneficio di tutte le entità del gruppo nonché i subfornitori, i cui nominativi potranno essere conosciuti dall'interessato tramite specifica richiesta, da effettuarsi con le modalità di seguito indicate.

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

In applicazione della normativa in vigore, Lei ha diritto all'accesso e alla rettifica dei dati, alla cancellazione dei medesimi nella misura in cui questi non siano più necessari per le finalità per cui sono stati raccolti o qualora il consenso venga revocato, alla portabilità, alla limitazione e opposizione al trattamento dei dati che lo riguardano, salvo che il trattamento medesimo non sia essenziale per l'esecuzione del contratto. L'interessato ha diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati personali (compresi i dati particolari) in qualunque momento con effetto dalla data della revoca. Tuttavia, se il consenso è richiesto per la valutazione del sinistro, la sua eventuale revoca impedisce alla Società la valutazione del sinistro medesimo e la corresponsione della eventuale prestazione assicurativa.

Lei ha inoltre diritto a presentare reclamo all'autorità di controllo preposta se ritiene che il trattamento dei dati sia effettuato in violazione della normativa vigente.

Tali diritti possono essere esercitati mediante richiesta scritta (allegando copia di un documento d'identità), da trasmettere all'indirizzo di posta elettronica dedicato: dataprotectionofficer@ca-caci.ie.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati possono essere richieste alle Società all'indirizzo di posta elettronica sopra riportato o presso la sede delle stesse in Dublin 2, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac hanno designato il Responsabile della Protezione dei dati, raggiungibile presso la sede delle Compagnie in Dublino, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower nonché all'indirizzo e-mail dataprotectionofficer@ca-caci.ie.