

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Impresa: CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00083)

Prodotto: "CPI protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente" (cod. 2024/01)

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 protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente è una polizza collettiva accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave o le rate mensili in caso di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%**, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al Debito Residuo del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato indicato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento. La copertura Invalidità Totale Permanente opera per tutti gli Assicurati.
- ✓ **Malattia Grave**: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al Debito Residuo del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato indicato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento. La copertura Malattia Grave opera per tutti gli Assicurati.
- ✓ **Perdita di Impiego**: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari alle Rate Mensili del finanziamento, in scadenza durante tale periodo, moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento. La copertura Perdita di Impiego opera solo per coloro che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 71 anni compiuti, che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale**: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari alle Rate Mensili del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento. La copertura Inabilità Temporanea Totale opera **solo** per l'Assicurato che, al momento del Sinistro, non sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, poiché ha modificato la propria attività lavorativa durante la vigenza della polizza, o sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato di età superiore a 71 anni compiuti o che abbia un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana. Le coperture assicurative Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale sono operanti in alternativa tra loro in base all'occupazione lavorativa e all'età dell'Assicurato al momento del Sinistro.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero**: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari alle Rate Mensili del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento.

La copertura Ricovero Ospedaliero opera per **tutti** gli Assicurati. Per ciascuna copertura, la Società indennizza i danni fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Invalidità Totale Permanente**: non è assicurata l'Invalidità Totale Permanente inferiore al 60%;
- ✗ **Malattia Grave**: non sono assicurate le Malattie Gravi differenti da quelle espressamente previste dalle condizioni di assicurazione.
- ✗ **Perdita di Impiego**: non sono assicurati i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico, i Lavoratori Autonomi, i Lavoratori i Dipendenti di Ente Privato di età superiore ai 71 anni compiuti e i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana;
- ✗ **Inabilità Temporanea Totale**: non sono assicurati i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età inferiore ai 71 anni compiuti e coloro che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.



Ci sono limiti di copertura?

Dalle coperture **Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero** sono esclusi:

- ! Infortuni o Malattie già in essere alla Data di Decorrenza della polizza e/o già diagnosticate nei 30 giorni successivi;
- ! Infortuni o Malattie derivanti da atti di autolesionismo;
- ! Infortuni o Malattie derivanti da interventi di carattere estetico;
- ! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- ! Infortuni causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti e sommosse (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- ! Eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

Dalla copertura **Perdita d'Impiego** sono esclusi:

- ! Stato di disoccupazione o di prossima disoccupazione già conosciuto dall'Assicurato alla Data di Decorrenza della polizza;
- ! Licenziamento per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare;
- ! Risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato, salvo il caso di dimissioni per giusta causa;
- ! I casi in cui l'Assicurato non abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;
- ! Licenziamento tra congiunti (parenti entro il terzo grado e affini entro il secondo, come definiti dal Codice Civile), discendenti e ascendenti.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.
- ✓ La copertura Perdita di Impiego vale anche per i Sinistri verificatisi all'estero, purché ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.



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 annuo a frazionamento mensile e viene versato mensilmente dall'Assicurato per il tramite del Contraente alla Data di Decorrenza della polizza collettiva e così per le successive proroghe annuali.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. perfezionamento dell'adesione alla polizza; 2. erogazione dell'importo del finanziamento; 3. pagamento del premio. La durata delle coperture è pari ad un anno e verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta da parte dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può dare disdetta entro 60 giorni dalla scadenza annuale della polizza. Tramite la comunicazione di disdetta, l'Assicurato impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.

Inoltre, l'Assicurato può recedere dall'adesione alla polizza collettiva entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza e il Sinistro è in corso di valutazione.

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 – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. Ivass I.00082)

Prodotto: "CPI Multirischi protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente" (cod. 2024/01)

Data di realizzazione: 1 luglio 2024 - 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 Multirischi protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente è una polizza collettiva accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di decesso.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario un importo pari al Debito Residuo del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento.

La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 66 anni non compiuti alla Data di Decorrenza della polizza



Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:

- Malattie, malformazioni, stati patologici, lesioni già in essere alla Data di Decorrenza della polizza e già diagnosticate nei 30 giorni successivi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza.



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 valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
 - certificato di morte;
 - relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo dal medico curante;
 - verbale di Pronto Soccorso e lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
 - copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato il decesso (in caso di malattia);
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio 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.
 - 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 annuo a frazionamento mensile e viene versato mensilmente tramite addebito automatico sul conto corrente dell'Assicurato alla Data di Decorrenza della polizza collettiva e così per le successive proroghe annuali.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. perfezionamento dell'adesione alla polizza; 2. erogazione dell'importo del finanziamento; 3. pagamento del Premio.

La durata della copertura è pari ad un anno e verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta da parte dell'Assicurato.



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

La polizza collettiva non prevede la possibilità per l'Assicurato di revocare la proposta, né di risolvere il contratto. L'Assicurato può recedere dall'adesione alla polizza collettiva entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.



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 - Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00082)

CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00083)

Data di realizzazione: 1 luglio 2024 - Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

Prodotto : “ CPI Multirischi protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente” (cod. 2024/01)

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 – Rappresentanza generale per l'Italia, Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia, sito internet www.ca-caci.it; e-mail: Admin.it@ca-caci.it.

Caci Non-Life dac – Rappresentanza generale per l'Italia, Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia, sito internet www.ca-caci.it; e-mail: Admin.it@ca-caci.it.

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. Indirizzo della Rappresentanza Generale per l'Italia (con cui sarà concluso il contratto): Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia. Sito internet: www.ca-caci.it Telefono: +39 02 3661 7200 E-mail: Admin.it@ca-caci.it.

Caci Life dac è autorizzata ad operare nel ramo vita I, Codice IVASS Impresa n° D882R, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento n° I.00082 a far data dal 18/01/2010, N. REA Mi-1936642.

Caci Non-Life dac è autorizzata ad operare nei rami danni (1, 2, 8, 9 e 16), Codice IVASS Impresa n° D883R, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento n° I.00083 a far data dal 18/01/2010, N. REA Mi-1936641.

Caci Life dac e CACI Non-Life dac operano in Italia in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia. 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 2023 il patrimonio netto di CACI Life dac è pari a € 179.086.768 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 38.948.528 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). Al 31 Dicembre 2023 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 154.023.988 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 80.832.948 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 210,5% per la parte vita e 211,8% 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 2.600.000,00.

Ramo Danni:

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

Invalità Totale Permanente e Malattia Grave: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e, in ogni caso, non potrà eccedere il massimale di Euro 2.600.000,00;

Perdita di Impiego/Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 3.000,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 24 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

La polizza collettiva non prevede la possibilità per l'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:

- 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, psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

Ramo Vita: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Vita e di quelle generiche valide per tutte le coperture sopra riportate, sono esclusi dalla Copertura caso Morte:

- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani 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;

Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia già corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Inabilità Totale Permanente o Malattia Grave.

Ramo Danni: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni e di quelle generiche valide per tutte le coperture sopra riportate, sono esclusi dalle coperture caso Inabilità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero

- gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
- 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 Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni (franchigia relativa).

Franchigia per la copertura Ricovero Ospedaliero: 2 giorni (franchigia relativa).

Nessun Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale sarà corrisposto all'Assicurato qualora la Società abbia già corrisposto 24 indennizzi per la Perdita di Impiego.

Ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni, sono esclusi dalla copertura Perdita di Impiego:

- la Perdita di Impiego conseguenza della scadenza di un termine contrattuale;
- l'Assicurato non è iscritto nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o risulti iscritto nel suddetto elenco come precario, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
- la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale;
- il percepimento di qualsivoglia forma di cassa integrazione ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente;
- l'assoggettamento a contratti di solidarietà;
- la Perdita di Impiego conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la perdita di impiego quando il contratto di lavoro è regolato da una legge diversa da quella italiana;
- I casi in cui l'Assicurato non si presenta al lavoro a causa di condanna penale.

Franchigia per la copertura Perdita di Impiego: 30 giorni (franchigia assoluta).

Nessun Indennizzo per Perdita di Impiego sarà corrisposto all'Assicurato qualora la Società abbia già corrisposto 24 indennizzi mensili per Inabilità Temporanea Totale.



Cosa fare in caso di Sinistro

- Denuncia di Sinistro:** la denuncia di Sinistro dovrà essere presentata alla Società nel più breve tempo possibile, compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro.
- La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere trasmessa con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a: CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia Casella Postale chiusa 90, Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) e mail: Admin.it@ca-caci.it.
- Documentazione da presentare in caso di Sinistro:
- 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 trasmettere alla Società i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
- Invalidità Totale Permanente
- Copia di un documento di identità valido e attestante la data di nascita dell'Assicurato;
 - relazione medica compilata dal medico curante;
 - 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 lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
 - copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato l'invalidità (in caso di malattia).
- Malattia Grave
- Copia di un documento di identità valido e attestante la data di nascita dell'Assicurato;
 - relazione medica compilata dal medico curante;
 - copia del referto istologico (se presente);
 - copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato la Malattia Grave.
- Perdita di impiego
- Copia di un documento di identità valido e attestante la data di nascita dell'Assicurato;
 - copia del contratto di lavoro o lettera di assunzione o, se mancanti, modello Unilav;
 - copia della lettera di licenziamento o se mancante, modello Unilav;
 - copia della DID (dichiarazione di immediata disponibilità) rilasciata dal Centro per l'Impiego;
 - scheda anagrafica professionale rilasciata dal Centro per l'impiego indicante lo stato di disoccupazione;
 - copia delle ultime due busta paga.
- Inabilità Temporanea Totale
- Copia di un documento di identità valido e attestante la data di nascita dell'Assicurato;
 - relazione medica compilata dal medico curante;
 - certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, eventuale certificato di ricovero in ospedale, eventuale verbale di Pronto Soccorso, lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del Sinistro);
 - copia del certificato INPS/INAIL di inabilità temporanea totale;
 - attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.
- Ricovero Ospedaliero
- Copia di un documento di identità valido e attestante la data di nascita dell'Assicurato.
 - lettera di dimissione da cui risulti diagnosi e periodo di degenza, o se l'Assicurato è ancora ricoverato, copia del certificato di ricovero;
 - 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).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	<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> <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>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<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 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.</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.
---------------	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata delle coperture è pari ad un anno e verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta da parte dell'Assicurato.</p> <p>Le coperture cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di finanziamento; (ii) alla data di estinzione anticipata integrale o di accollo da parte di un terzo del mutuo oggetto del Contratto di finanziamento salvo i casi di richiesta espressa per iscritto di mantenimento delle coperture assicurative fino all'originaria scadenza contrattuale; (iii) al raggiungimento del 78esimo anno di età (limitatamente alla copertura Perdita di Impiego, al raggiungimento del 71esimo anno di età o del diverso limite di età richiesto per l'ottenimento della pensione di vecchiaia); (iv) al pagamento del capitale assicurato a seguito di Indennizzo per Morte, Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave.</p> <p>Le Coperture Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero dovuti a Malattia sono soggette ad un Periodo di Carenza di 30 giorni.</p> <p>La Copertura Perdita di Impiego è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni.</p>
Sospensione	Se l'Assicurato non paga uno o più premi successivi al primo, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio annuo rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio non pagato, ferme restando le successive scadenze. Decorso 6 mesi dalla scadenza del Premio non pagato senza che l'Assicurato abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla polizza si intenderà risolta di diritto.



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

Recesso Revoca e Risoluzione	<p>L'aderente, ad ogni scadenza annuale, può dare disdetta alla polizza. La disdetta deve essere inviata entro 60 giorni dalla scadenza annuale.</p> <p>Resta inteso che nei casi di disdetta della polizza, l'aderente non potrà aderire nuovamente alla presente Polizza Convenzione in relazione al medesimo Contratto di finanziamento.</p> <p>L'aderente può esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Essendo la copertura connessa al finanziamento, l'aderente che recede entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza può sostituire la polizza con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27). Il diritto di recesso non potrà essere esercitato se l'aderente ha denunciato un Sinistro nel predetto termine di 60 giorni.</p> <p>La comunicazione di recesso deve essere inviata a CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale chiusa 90, ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) e al Contraente mediante consegna all'Agenzia/Filiale Crédit Agricole Italia S.p.A. presso la quale è avvenuta l'adesione.</p> <p>Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborserà, per il tramite del Contraente, il Premio pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.</p> <p>La polizza collettiva non prevede la possibilità di revocare la proposta, nè di risolvere il contratto.</p>
-------------------------------------	---



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto all'aderente persona fisica con residenza valutaria in Italia, lavoratore dipendente di ente privato, intestatario di Contratto di finanziamento erogato da Credit Agricole Italia S.p.A., con età compresa tra 18-66 anni non compiuti alla Data di Decorrenza della polizza ed età alla scadenza non superiore a 78 anni compiuti, che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ha un contratto regolato dalla legge italiana, con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi e non alle dipendenze di parenti e/o affini.



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.
 Costi di intermediazione: sono pari al 54,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).
 Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).
 Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili pari al 50,00%.
 Costi per eventuali visite mediche: sono a carico dell'aderente.



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 Rappresentanza Generale per l'Italia 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. Trattandosi di polizza a Premio annuo a frazionamento mensile, la detrazione potrà essere effettuata annualmente in fase di dichiarazione dei redditi.

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

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

LA SOCIETA' HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE, 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- 2018-10-43-297-1 (CACI Life dac) e n. N- 2018-10-43-297-1 (CACI Non Life dac) denominate “CPI Multirischi protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente” stipulate tra CRÉDIT AGRICOLE ITALIA S.p.A. e le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l’Italia

La presente polizza assicurativa è accessoria al finanziamento


(aggiornamento al 01/07/2024 condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro “Contratti Semplici e Chiari”)

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.1 di 24
ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE.....	pag.9 di 24
ART. 3 – ESCLUSIONI	pag.10 di 24
ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI.....	pag.12 di 24
ART. 5 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATO	pag.12 di 24
ART. 6 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO.....	pag.13 di 24
ART. 7 – PRESCRIZIONE	pag.14 di 24
ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	pag.14 di 24
ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI.....	pag.15 di 24
ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO.....	pag.15 di 24
ART. 11 – ESTINZIONE INTEGRALE E PARZIALE ANTICIPATA O ACCOLLO DA PARTE DI UN TERZO DEL MUTUO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO.....	pag.16 di 24
ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	pag.16 di 24
ART. 13 – ONERI FISCALI	pag.17 di 24
ART. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA.....	pag.17 di 24
ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	pag.17 di 24
ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI	pag.17 di 24
ART. 17 – RECESSO	pag.17 di 24
ART. 18 – DISDETTA	pag.17 di 24
ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA.....	pag.17 di 24
ART. 20 – RISCATTO E RIDUZIONE.....	pag.17 di 24
ART. 21 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE.....	pag.18 di 24
ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI.....	pag.19 di 24
ART. 23 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA	pag.19 di 24
ART. 24 – SANZIONI INTERNAZIONALI	pag.19 di 24
GLOSSARIO.....	pag.20 di 24
“ TUTELA PRIVACY ” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	pag.23 di 24

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

CPI Multirischi protezione mutuo per dipendenti di ente privato a premio ricorrente (di seguito anche “Polizza Convenzione”) è una **POLIZZA COLLETTIVA ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE**, operante per tutti gli Assicurati in tutti i paesi del mondo;
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%, operante per tutti gli Assicurati;
- **MALATTIA GRAVE**, operante per tutti gli Assicurati;
- **PERDITA DI IMPIEGO**, operante per coloro che, al momento del verificarsi dell’evento assicurato sono Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 71 anni compiuti con un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**, operante per coloro che, al momento del verificarsi dell’evento assicurato **non** possono essere considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato, perché:
 - ✓ hanno modificato la propria posizione lavorativa durante la vigenza della polizza;
 - ✓ sono lavoratori dipendenti di ente privato di età superiore a 71 anni compiuti;
 - ✓ hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.
- **RICOVERO OSPEDALIERO**, operante per tutti gli Assicurati.

ATTENZIONE: Le coperture assicurative **PERDITA DI IMPIEGO** e **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** sono operanti in **ALTERNATIVA** tra loro in base all’occupazione lavorativa e all’età dell’Assicurato al momento del Sinistro.

COPERTURE APPLICABILI	STATO LAVORATIVO DELL’ASSICURATO AL MOMENTO DEL SINISTRO	
	LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI di età non superiore a 71 anni compiuti che hanno un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana	ALTRE CATEGORIE PROFESSIONALI Tutti coloro che hanno modificato la propria posizione lavorativa durante la vigenza della polizza; oppure sono lavoratori dipendenti di ente privato di età superiore a 71 anni compiuti; oppure hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana
PERDITA DI IMPIEGO	✓	
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE		✓

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. Non è pertanto possibile aderire ad una singola copertura.

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

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE (operante per tutti gli Assicurati)

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 è verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell’art. 12;
2. il Sinistro **non** rientra nei casi di esclusione di cui all’art. 3;
3. l’Assicurato o i suoi aventi causa hanno adempiuto agli obblighi di cui agli artt. 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 copertura assicurativa, la Società corrisponde al Beneficiario un importo pari al Debito Residuo moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l’importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario, **dal**

quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del Debito Residuo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, anche in caso di Sinistro occorso a più Assicurati cointestatari del Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può inoltre eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

ATTENZIONE: nessun Indennizzo per il caso Morte è dovuto al Beneficiario se l'Assicurato ha già ricevuto l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente o Malattia grave.

Art. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE *(operante per tutti gli Assicurati)*

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca una Invalidità Totale 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 è verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 12;
2. il Sinistro non rientra nei casi di esclusione di cui all'art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa hanno adempiuto agli obblighi di cui agli artt. 5 e 6.

Art. 1.2.1. INDENNIZZO PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente viene prestata nel caso in cui l'Assicurato, 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 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 **ESCLUSA** qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 05/02/1992 (Tabelle INPS).

In caso di Invalidità Totale Permanente, la Società corrisponde al Beneficiario un importo pari al Debito Residuo moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario, **dal quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.**

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del Debito Residuo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, anche in caso di Sinistro occorso a più Assicurati cointestatari del Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può inoltre eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

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. **In questo caso la Società provvederà al pagamento dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente e non per il Caso Morte.**

ATTENZIONE: nessun Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente è dovuto al Beneficiario se l'Assicurato ha già ricevuto l'Indennizzo per Malattia grave.

Art. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE

Nel caso di Malattia Grave dell'Assicurato, la Società corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.3.1. se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

Art. 1.3.1. INDENNIZZO PER IL CASO MALATTIA GRAVE

Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti malattie:

Tumore - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. **Non sono compresi nella copertura: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarcke.** Non sono altresì ricompresi il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

Chirurgia cardiovascolare – Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante bypass coronarico.

Infarto miocardico - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

Ictus cerebrale - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

Insufficienza renale - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

Trapianto d'organo - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

Perdita della vista - perdita della vista binoculare permanente, completa, irreversibile e irreparabile causata da un incidente o malattia, confermata da un oftalmologo.

Sclerosi multipla associata a deficit neurologico permanente - a condizione che siano soddisfatti i seguenti criteri: diagnosi da parte di un neurologo, presenza di bande di immunoglobuline oligoclonali nel liquido cerebrospinale (risultato del test confermato da un neurologo), presenza di un'immagine caratteristica in risonanza magnetica, conferma di almeno quattro focolai di demielinizzazione (risultato confermato da un neurologo).

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Debito Residuo moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario, **dal quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.**

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni pertanto la data di attestazione della Malattia Grave, riportata nella relativa documentazione medica deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del Debito Residuo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, anche in caso di Sinistro occorso a più Assicurati cointestatari del Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può inoltre eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

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

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo per il caso Malattia Grave è dovuto al Beneficiario se l'Assicurato ha già ricevuto l'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente.

Esempio di prestazione Caso Morte, Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave:

valore iniziale del finanziamento alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione = € 200.000,00

capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione= € 150.000,00

Debito Residuo alla data del sinistro = € 100.000,00

prestazione assicurativa = € 100.000,00 x $\frac{€ 150.000,00}{€ 200.000,00}$ = € 75.000,00

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative.

Art. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, sono Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 71 anni compiuti e hanno un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana)

Nel caso di Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.4.1 se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si è verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 12;
2. il Sinistro non rientra nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa hanno adempiuto agli oneri di cui agli artt. 5 e 6;
4. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o di una comunicazione equipollente, è **successiva alle ore 24 del termine del Periodo di Carenza di 90 giorni che ha inizio dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e non si applica per le annualità successive, in caso di proroga annuale del contratto.**

Art. 1.4.1. INDENNIZZO PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifica un Sinistro dal quale deriva la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni**, una somma pari all'ammontare delle Rate Mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari al rapporto tra la somma delle rate dell'anno e 12) in scadenza durante tale periodo, moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario e così per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro e nei limiti dei **massimali** previsti nel presente articolo.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi dalla data della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

La copertura Perdita di Impiego prevede seguenti **massimali**:

- **Indennizzo mensile:** per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 3.000,00;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Perdita di Impiego per lo stesso Sinistro è di n. 24 Indennizzi mensili;
- **massimale globale:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Perdita di Impiego è di n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ATTENZIONE: la copertura Perdita di Impiego opera, fatti salvi i massimali sopra indicati, fino a che perdura lo stato di Disoccupazione. Nel caso in cui l'Assicurato trovi un nuovo impiego come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, egli potrà denunciare un nuovo sinistro per Perdita di Impiego solo dopo che sia trascorso il Periodo di Riqualificazione, vale a dire solo dopo che siano trascorsi 90 giorni consecutivi in cui l'Assicurato abbia svolto la propria Normale Attività Lavorativa e superato il periodo di prova.

Resta inteso che nessun ulteriore Sinistro per Perdita di Impiego potrà essere indennizzato se l'Assicurato ha esaurito, per i Sinistri precedenti, il massimale globale di n. 24 Indennizzi mensili.

Esempio:

N. 1 Periodo di Carenza:

L'Assicurato, Lavoratore Dipendente di Ente Privato, sottoscrive la Polizza, successivamente perde il proprio impiego e denuncia il Sinistro alla Società.

Un esempio pratico...

Assicurato: Lavoratore Dipendente di Ente Privato

Data di Decorrenza della Polizza: il giorno 10.10.2024

Data della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente: il giorno 10.12.2024

Periodo di Carenza termina il 10.01.2025

La prestazione assicurativa per Perdita di Impiego risulta dovuta?

NO, in quanto il Sinistro si è verificato prima che siano trascorsi 90 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza

N. 2 Periodo di Franchigia Assoluta:

L'Assicurato, Lavoratore Dipendente di Ente Privato, perde il proprio impiego e denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi di dalla data della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga ogni mese l'Indennizzo, che non può superare Euro 3.000,00.

Per poter erogare gli indennizzi successivi al primo è necessario che l'Assicurato dimostri alla Società il perdurare dello stato di Disoccupazione fornendo la relativa documentazione.

La Società, per lo stesso evento erogherà fino ad un massimo di 24 indennizzi.

Un esempio pratico...

Assicurato: Lavoratore Dipendente di Ente Privato

Giorno di pagamento della rata del mutuo: il giorno 10 di ogni mese

Data della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente: 15.10. 2024

Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni: termina il 14.11.2024

Il primo Indennizzo mensile verrà erogato con riferimento alla rata di mutuo del 10 dicembre 2024.

Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato trova un nuovo impiego come Lavoratore Dipendente di Ente Privato. Il Sinistro è quindi chiuso e la Società non eroga più l'Indennizzo mensile. Dopo 65 giorni consecutivi di lavoro, tuttavia, l'Assicurato si trova nuovamente in stato di Perdita di Impiego.

La successiva prestazione assicurativa per Perdita di Impiego risulta dovuta?

NO, in quanto l'Assicurato non è tornato a svolgere l'attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato per 90 giorni consecutivi prima di denunciare un nuovo Sinistro per Perdita di Impiego (**Periodo di Riqualficazione**).

ATTENZIONE: *gli esempi hanno mere finalità esplicative.*

1.4.2. SERVIZIO DI RICOLLOCAMENTO AL LAVORO

Quale servizio accessorio alla copertura Perdita di Impiego, la Società mette a disposizione un Programma Individuale di Ricollocamento. L'obiettivo è di supportare l'Assicurato nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa. Il presente programma si rivolge a coloro che erano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato al momento dell'adesione ed abbiano denunciato un sinistro per Perdita di Impiego.

Si dettagliano di seguito le condizioni del Programma Individuale di Ricollocamento prestato dalla Società in collaborazione con INTOO, società leader nella ricerca attiva di nuove opportunità lavorative presente sul mercato dal 1991 ed operante attraverso una rete di professionisti nel ricollocamento con esperienza pluriennale e certificata.

Verificatosi il caso di Perdita di Impiego, ed a seguito della denuncia di Sinistro, l'Assicurato verrà contattato da INTOO per decidere se attivare il servizio di ricollocamento al lavoro senza costi e oneri aggiuntivi. Durante la chiamata, INTOO fornirà all'Assicurato i recapiti per permettere a quest'ultimo di ottenere qualunque informazione aggiuntiva. Anche dopo essersi espresso sulla volontà di aderire durante il primo contatto, l'Assicurato può in ogni caso modificare la propria volontà contattando INTOO, purchè ancora Disoccupato al momento della richiesta di attivazione.

1.4.3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Il Programma Individuale di Ricollocamento prevede lo svolgimento di 6 (sei) incontri individuali, che possono essere svolti entro un arco temporale di 6 (sei) mesi dall'attivazione ed erogati in presenza, da remoto, o in modalità mista, in base alle esigenze espresse dall'Assicurato.

Di seguito la struttura delle sessioni:

- 2 (due) sessioni di orientamento finalizzate al bilancio delle competenze e all'analisi del progetto professionale e della sua realizzabilità;
- 2 (due) sessioni per definire gli strumenti di comunicazione (cv, lettera di presentazione, profilo LinkedIn);
- 1 (una) sessione di identificazione del mercato target;
- 1 (una) sessione simulazione di colloquio con consulente specializzato.

È altresì prevista una sessione specifica per chi fosse orientato al lavoro autonomo.

L'Assicurato, inoltre, potrà accedere al portale "INTOO4You", per consultare la banca lavoro di INTOO, contenente le posizioni reperite attraverso il contatto diretto con gli head hunters in Italia, all'estero e con le aziende. Per incrementare le proprie competenze e finalizzare al meglio la propria modalità di proposizione, l'Assicurato potrà partecipare ai workshops - webinar tematici gratuiti. La possibilità di accesso al portale ha la medesima durata di fruizione del servizio, che corrisponde ad un massimo di 6 (sei) mesi. Qualora l'Assicurato richieda con legittimo motivo un'estensione dell'accesso, quest'ultimo potrà essere concesso da INTOO fino ad un massimo di 3 (tre) mesi aggiuntivi.

ATTENZIONE: il Programma individuale di Ricollocamento potrà essere attivato unicamente a seguito della ricezione dalla Compagnia di una denuncia di Sinistro per Perdita di Impiego, sempre che la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità con attestazione del ricevimento della Naspl (Nuova assicurazione sociale per l'impiego), ovvero di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24 del termine del Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni che decorre dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione.

ATTENZIONE: il Programma individuale di Ricollocamento è indipendente rispetto alla valutazione del Sinistro per Perdita di Impiego. Qualora la durata del Programma Individuale di Ricollocamento si protragga oltre il limite di indennizzi per singolo sinistro ai sensi della presente Polizza Convenzione, l'Assicurato potrà comunque usufruire del servizio e terminare le sessioni per come programmate. Inoltre, l'Assicurato potrà continuare a beneficiare del Programma Individuale anche qualora lo stato di Disoccupazione cessi durante l'erogazione delle sessioni, alle condizioni e limiti di durata previsti all'interno della presente Polizza Convenzione.

Art. 1.5. MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato modifichi la propria posizione lavorativa e da Lavoratore Dipendente di Ente Privato diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore, il diritto alla copertura Perdita di Impiego viene meno.

L'Assicurato si impegna a comunicare alla Società la modifica della suddetta posizione lavorativa e la Società, preso atto di tale comunicazione, si impegna ad attivare la copertura per il caso Inabilità Temporanea Totale, **previa comunicazione all'Assicurato.**

ATTENZIONE: la mancata comunicazione alla Società della modifica della posizione lavorativa da parte dell'Assicurato non comprometterà il diritto alla prestazione dovuta ai sensi della presente Polizza Convenzione. In ogni caso, la copertura assicurativa che potrà essere fatta valere nei confronti della Società sarà sempre quella corrispondente alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro.

Art. 1.6. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.6.1 se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

ATTENZIONE: la copertura opera per coloro che, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa hanno cambiato il proprio stato lavorativo e al momento del verificarsi dell'evento assicurato, sono Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.

1.6.1. INDENNIZZO PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca un'Inabilità Temporanea Totale, accertata in sede medica, che impedisca di svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, la Società corrisponde al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Relativa di 30 giorni**, una somma pari all'ammontare delle Rate Mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari al rapporto tra la somma delle rate dell'anno e 12) in scadenza durante tale periodo, moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario e così per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro e nei limiti dei **massimali** previsti nel presente articolo.

Solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e non si applica per le annualità successive, in caso di proroga annuale del contratto, pertanto, la data di attestazione dell'Inabilità Temporanea Totale 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 primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

La copertura Inabilità Temporanea Totale prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo mensile:** per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 3.000,00;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale per lo stesso Sinistro è di n. 24 Indennizzi mensili;
- **massimale globale:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è di n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ATTENZIONE: dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa causa del Sinistro precedente.

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto all'Assicurato per il caso Inabilità Temporanea Totale se la Società sta già erogando per le medesime mensilità Indennizzi per il caso Ricovero Ospedaliero.

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale è inoltre dovuto se l'Assicurato, ha già ottenuto 24 Indennizzi mensili per Perdita di Impiego.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 24 Indennizzi mensili.

Esempio:

L'Assicurato che alla Data di Decorrenza era un Lavoratore Dipendente di Ente Privato, durante il periodo di validità della polizza, cambia lavoro e diventa un Lavoratore Autonomo, subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 6 mesi, denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa. Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Relativa)**, la Società eroga ogni mese l'Indennizzo che non può superare Euro 3.000,00. Per poter erogare gli indennizzi successivi al sesto è necessario che l'Assicurato dimostri alla Società il perdurare dello stato di Inabilità fornendo la relativa documentazione medica. La Società, per lo stesso evento erogherà fino ad un massimo di 24 indennizzi.

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 Inabilità Temporanea Totale 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 Inabilità Temporanea Totale. (**Periodo di Riqualificazione**).

ATTENZIONE: *l'esempio ha mere finalità esplicative.*

ART. 1.7. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca un Ricovero Ospedaliero, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.7.1 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 artt. 5 e 6.

ART. 1.7.1. INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca un Ricovero Ospedaliero **di almeno 2 giorni (Periodo di Franchigia Relativa)**, una somma pari all'ammontare delle Rate Mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari al rapporto tra la somma delle rate dell'anno e 12) in scadenza durante tale periodo, moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario e così per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro e nei limiti dei **massimali** previsti nel presente articolo.

Solo in caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che ha inizio dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e non si applica per le annualità successive, in caso di proroga annuale del contratto.

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

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, fermi i massimali sotto riportati, sarà liquidato solo se l'Assicurato è stato ricoverato per almeno 2 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 3.000,00;
- **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. 24 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. 24 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 Riqualificazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa causa del Sinistro precedente.

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto all'Assicurato per il caso Ricovero Ospedaliero se la Società sta già erogando per le medesime mensilità Indennizzi per il caso Inabilità Temporanea Totale.

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. 24 Indennizzi mensili.

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?

Il Periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale indennizzati e di Ricovero Ospedaliero 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 rispettivamente per Perdita di Impiego, per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione durante il quale le coperture per Malattia Grave, Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero dovuti a Malattia non operano. Ciò significa che: <ul style="list-style-type: none"> - la copertura Perdita di Impiego verificatasi nei primi 90 giorni di decorrenza della Polizza Convenzione non verrà mai indennizzata dalla Società; - le coperture Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero dovute a Malattia verificatasi nei primi 30 giorni di decorrenza della Polizza Convenzione non verranno mai indennizzate dalla Società.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?	Il Periodo di Franchigia Assoluta è il periodo di tempo successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Relativa?	Il Periodo di Franchigia Relativa è il periodo di tempo per il quale deve protrarsi l'Inabilità Temporanea Totale ed il Ricovero Ospedaliero indennizzabili ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

- 2.1. Per poter aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:
1. sia una persona Fisica con residenza valutaria in Italia;
 2. abbia **stipulato il Contratto di Finanziamento** erogato da Crédit Agricole Italia S.p.A. e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
 3. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 66 anni non compiuti** alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione ed età alla scadenza non superiore a 78 anni compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione,
 4. sia un **Lavoratore Dipendente di Ente Privato** Privato avente contratto regolato dalla legge italiana, con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi e non alle dipendenze di parenti e/o affini.
- 2.2. In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo 2.1.:
- (i) **Per le coperture assicurative di importo fino ad Euro 200.000,00**, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà fornire risposta negativa a tutte le domande presenti nel questionario sanitario, che costituisce parte integrante del presente contratto di assicurazione. In caso di risposta affermativa ad una o più domande del suddetto questionario, l'Assicurato, dovrà trasmettere alla Società il questionario medico autocertificato compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.
 - (ii) **Per le coperture assicurative di importo compreso tra Euro 200.000,01 ed Euro 300.000,00**, dovrà essere trasmesso alla Società il questionario medico autocertificato compilato e sottoscritto dall'Assicurato.
 - (iii) **Per le coperture assicurative di importo superiore a Euro 300.000,01** dovrà essere trasmesso alla Società il rapporto di visita medica compilato e sottoscritto dall'Assicurato e dal medico di sua fiducia. In aggiunta al rapporto di visita medica l'Assicurato dovrà anche trasmettere l'ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società.
- 2.3. **La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriori documenti, se necessari, per la valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.**
- 2.4. **Per importi superiori a Euro 200.000,00 e per i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire le risposte al questionario che attesta la sua buona salute, l'Assicurato potrà aderire alla Polizza Convenzione soltanto dopo che la Società abbia espresso il proprio preventivo consenso.**
- 2.5. Si precisa che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, possono aderire in relazione al medesimo Contratto di Finanziamento, fino ad un massimo di 4 cointestatari del Contratto di Finanziamento. La somma assicurata potrà essere uguale o differente per ogni singolo cointestatario del Contratto di Finanziamento che aderisce alla Polizza Convenzione e non potrà superare l'importo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento. **La somma assicurata verrà calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa che non potrà superare il 100% del valore del finanziamento per l'insieme dei cointestatari. Resta inteso che la somma dei capitali iniziali assicurati per ogni cointestatario del finanziamento e per Contratto di Finanziamento non potrà superare € 2.600.000,00.**
- 2.6. Si specifica che, qualora il Cliente non presenti tutti i requisiti richiesti dalla Polizza Convenzione, non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere e non troveranno applicazione.

ATTENZIONE: La Polizza Convenzione avrà effetto dalla Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Adesione e non dalla data di sottoscrizione di quest'ultimo, se non coincidenti.

ATTENZIONE: La Data di Decorrenza della Polizza Convenzione non potrà mai essere precedente alla data di erogazione dell'importo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento.

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto se l'Assicurato, alla Data di Decorrenza della Polizza convenzione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti nel presente articolo.

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto all'Assicurato per eventi occorsi tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, se non coincidenti.

2.7. L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia e della fruibilità del servizio presso il Contraente. Qualora il Cliente non sia ancora abilitato all'utilizzo della Firma Digitale, dovrà attivare il servizio. L'attivazione del servizio è a cura del Contraente che richiederà al Cliente di apporre la propria firma con presa visione della documentazione necessaria al rilascio della Firma Digitale per consentire al Cliente di dare le necessarie conferme.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 61 del Regolamento IVASS n. 40/2018, il Cliente ha diritto:

- a. di scegliere di ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale e le comunicazioni relative al contratto su supporto cartaceo o altro supporto durevole non cartaceo;
- b. in ogni momento, di modificare la scelta effettuata in relazione alla modalità dell'informativa. La modifica vale per le comunicazioni successive.

Prima dell'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Digitale, al Cliente sarà consegnato il Set Informativo e tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.

Al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Digitale, al Cliente sarà consegnata la documentazione contrattuale prevista dalla normativa vigente.

ATTENZIONE: in caso di adesione tramite Firma Digitale, i dati in forma elettronica, conservati dalla Società potranno essere opponibili all'Assicurato e potranno essere ammessi come prova della sua identità e del suo consenso all'adesione alle coperture assicurative.

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. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;
4. alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope, psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

ESCLUSIONI SPECIFICHE CASO MORTE

1. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, 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, parapendio;
4. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;

ESCLUSIONI SPECIFICHE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, MALATTIA GRAVE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE 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. gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
3. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
4. 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;
5. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate dopo la 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;
 - ✓ 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.

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti, le coperture 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 (fatto salvo il caso delle forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni)**;
- ai Sinistri occorsi come conseguenza di **movimenti tellurici**.

Le coperture assicurative caso 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.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PERDITA DI IMPIEGO

1. l'Assicurato, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 15 giorni consecutivi non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro. In tal caso, non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di impiego, ma la copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale;
2. alla Data di Decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo (incluso il mancato superamento del periodo di prova), o di licenziamento disciplinare, o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
4. l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà fatta eccezione per il caso di dimissioni per giusta causa;
5. l'Assicurato svolge la propria attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
6. la Perdita di Impiego è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o, comunque, è la conseguenza della scadenza di un termine contrattuale;
7. l'Assicurato non è iscritto nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o risulti iscritto nel suddetto elenco come precario, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
8. la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale;
9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, Cassa Integrazione Guadagni in Deroga o qualsivoglia forma di cassa integrazione ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente;
10. l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
11. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
12. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento tra congiunti (parenti entro il III grado e affini entro il II, come definiti dal Codice Civile), anche discendenti e ascendenti;
13. il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana; in tal caso il lavoratore dipendente di Ente Privato sarà equiparato al Lavoratore Autonomo, quindi non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di Impiego, ma la copertura Inabilità Temporanea Totale;
14. l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.

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, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè 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 presenti condizioni di assicurazioni e indicato nel Modulo di Adesione;
- **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 IN CASO DI SINISTRO

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne comunicazione scritta alla Società compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro.
- 6.2 La denuncia Sinistro, insieme alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5 dovrà essere trasmessa alla Società con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a:

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

oppure

tramite E mail: Admin.it@ca-caci.it

- 6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, 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 sarà tenuto, oltre che ad inviare alla Società 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 alla Società la seguente documentazione:**

6.5.1. CASO MORTE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo dal medico curante;
- verbale di Pronto Soccorso e lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato il decesso (in caso di malattia);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio 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

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo dal medico curante;
- 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 lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato l'invalidità: (es. lettera di dimissione ospedaliera, referto istologico, referti visite specialistiche).

6.5.3. MALATTIA GRAVE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo dal medico curante;



- copia del referto istologico (se presente);
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato la Malattia Grave.

6.5.4. PERDITA DI IMPIEGO

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- copia del contratto di lavoro o lettera di assunzione o, se mancanti, modello Unilav;
- copia della lettera di licenziamento o, se mancante, modello Unilav;
- copia della DID (dichiarazione di immediata disponibilità) rilasciata dal Centro per l'Impiego indicante lo stato di disoccupazione;
- scheda anagrafica professionale rilasciata dal Centro per l'impiego indicante lo stato di Disoccupazione;
- copia delle ultime due busta paga.

6.5.5. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo compilata dal medico curante;
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, eventuale certificato di ricovero in ospedale, eventuale verbale di Pronto Soccorso, lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del Sinistro);
- copia del certificato INPS/INAIL di inabilità temporanea totale;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.

6.5.6. RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento d'identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- lettera di dimissione da cui risulti diagnosi e periodo di degenza, o se l'Assicurato è ancora ricoverato, copia del certificato di ricovero;
- 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 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 Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita di Impiego) che non vengono denunciati entro due anni dall'accadimento e i sinistri caso Morte che non vengono 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 le mensilità di Premio pagate e non godute calcolate 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 essenziali alla Società per 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 Decorrenza della Polizza Convenzione.

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un **Premio annuo a frazionamento mensile**, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente, alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

Il Premio è calcolato su base mensile moltiplicando il **tasso premio pari a 0,06684%** per il capitale assicurato iniziale.

Si specifica che il tasso di Premio lordo risulta così composto:

Tasso Premio Lordo	Componente vita	Componente danni
0,06684%	0,03276%	0,03408%

Il Premio verrà addebitato ogni mese in maniera automatica sul conto corrente dell'Assicurato aperto presso una banca che ha sede nell'Unione europea a partire dal momento dell'adesione alla Polizza Convenzione e così per le successive proroghe annuali.

Tale Premio resterà invariato ad ogni proroga annuale ad eccezione dei casi in cui siano intervenute in corso d'anno delle estinzioni parziali anticipate, in tali casi il Premio verrà conseguentemente riproporzionato a decorrere dalla mensilità successiva alla data dell'estinzione parziale anticipata. **È comunque fatta salva la facoltà della Società di variare il Premio annuo. Tale facoltà può essere esercitata di anno in anno dalla Società solo se sono decorsi almeno 10 anni dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.**

Il nuovo Premio che avrà decorrenza dalla successiva data di proroga annuale, sarà comunicato all'Assicurato ed al Contraente con un preavviso di almeno 120 giorni prima dalla data in cui verrà tale variazione.

In ogni caso, l'aderente potrà dare disdetta alla Polizza Convenzione inviando alla Società lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro 60 giorni prima della scadenza annuale, secondo le modalità illustrate nell'art. 17. La disdetta sarà efficace a partire dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la disdetta è stata esercitata.

Esempio di calcolo del Premio

capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione € 80.000,00

Premio mensile = € 80.000,00 x 0,06684% = € 53,47

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative.

Sulla base della documentazione medica presentata dall'Assicurato in fase di adesione alla Polizza Convenzione, la Società si riserva la possibilità di applicare una maggiorazione sul Premio, previa comunicazione dell'importo del nuovo Premio e approvazione dello stesso da parte dell'Assicurato.

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio, sono pari al 54,00%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili pari al 50%.

Se l'Assicurato non paga uno o più premi successivi al primo, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio annuo rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio non pagato, ferme restando le successive scadenze.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza del Premio non pagato senza che l'Assicurato abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.

ART. 11 – ESTINZIONE INTEGRALE E PARZIALE ANTICIPATA O ACCOLLO DA PARTE DI UN TERZO DEL MUTUO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di **estinzione integrale anticipata** o di accollo da parte di un terzo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia e le successive mensilità di Premio non verranno addebitate all'Assicurato.

In alternativa, la Società, su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, fornisce le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino all'originaria scadenza contrattuale in favore del Beneficiario, purchè l'Assicurato continui a corrispondere il Premio.

Nei casi di **estinzione parziale anticipata** del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, l'importo del Premio annuo frazionato mensilmente e le coperture assicurative verranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta a decorrere dalla mensilità successiva alla data dell'estinzione parziale anticipata.

In alternativa, su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto, da formularsi al momento dell'estinzione parziale anticipata del mutuo oggetto 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.

ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

12.1 Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24 del giorno (la "**Data di Decorrenza**") in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:

1. l'adesione alla Polizza Convenzione si è perfezionata secondo quanto indicato al precedente art. 2 e l'Assicurato è in possesso dei requisiti ivi previsti;
2. l'importo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento è stato erogato;
3. è stato corrisposto il Premio.

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari ad un anno dalla Data di Decorrenza e si intendono tacitamente prorogate di anno in anno fino alla scadenza del Contratto di Finanziamento, salvo disdetta da comunicarsi secondo le modalità previste dall'art.18.

Eventuali modifiche successive della durata o dell'importo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento non modificheranno la durata e gli importi assicurati dalla copertura assicurativa

Per i mutui a durata variabile la copertura assicurativa trova applicazione per la durata del Contratto di Finanziamento come previsto nel Piano di Ammortamento Originario; inoltre eventuali modifiche successive della durata o dell'importo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento non modificheranno la durata e gli importi assicurati dalle coperture assicurative

Nel caso in cui, alla data di scadenza della copertura assicurativa, vi sia ancora un Debito Residuo, l'Assicurato può sottoscrivere una nuova polizza alle condizioni in vigore in quel momento, presentando una richiesta scritta alla Società.

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione 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) alla data di estinzione anticipata integrale o di accollo da parte di un terzo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, salvo i casi di richiesta espressa per iscritto di mantenimento delle coperture assicurative fino all'originaria scadenza contrattuale; (iii) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 78esimo anno di età compiuto (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 71esimo anno di età compiuto o il diverso limite di età richiesto ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia ai sensi della legge italiana tempo

per tempo vigente, oppure alla data dell'eventuale conseguimento, da parte dell'Assicurato, della pensione anticipata); (iv) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave. Per quanto riguarda il punto (iii), la Polizza Convenzione resterà in vigore fino alla relativa scadenza annuale e non potrà essere ulteriormente prorogata.

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 senza ritardo e per iscritto al Contraente nel corso della durata contrattuale qualunque modifica alle condizioni di assicurazione intervenuta a seguito della introduzione di clausole aggiuntive o conseguenti a modifiche alla legislazione applicabile.

ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non 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

17.1 L'aderente può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Resta inteso che l'aderente non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life dac e CACI Non-Life dac**

Rappresentanza Generale per l'Italia

Casella Postale chiusa 90

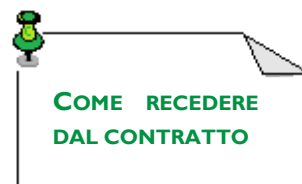
Presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

e

- al Contraente mediante consegna alla **Agenzia/Filiale Crédit Agricole Italia S.p.A.** presso la quale è avvenuta l'adesione alla Polizza Convenzione.

17.2 Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'aderente, per il tramite del Contraente, il Premio pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.



ART. 18 – DISDETTA

L'aderente, ad ogni scadenza annuale, può dare disdetta alla polizza.

La disdetta deve essere inviata entro 60 giorni dalla scadenza annuale.

con le medesime modalità previste nell'articolo 17.1.

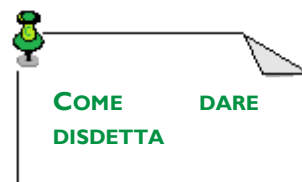
Resta inteso che nei casi di disdetta della polizza, l'aderente non potrà aderire nuovamente alla presente Polizza Convenzione in relazione al medesimo Contratto di Finanziamento.

ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 20 – RISCATTO E RIDUZIONE

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



ART. 21 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

21.1 Tutte le **comunicazioni** da parte dell'Assicurato o dei suoi aventi causa nei confronti della Società, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte **a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento** ad uno degli indirizzi sotto riportati.

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso. Eventuali **RECLAMI** riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto a:

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Ufficio Reclami
Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)
E-mail: complaints@ca-caci.ie

oppure

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

E-mail: complaints@ca-caci.ie



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

Crédit Agricole Italia S.p.A.

Servizio Reclami
Via Università 1
43121 Parma
e-mail: reclami@credit-agricole.it

21.3 Se l'esponente, nel termine massimo di 45 (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 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 Società, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

21.4 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 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. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato **non** può 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. 23 – 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. 24 – SANZIONI INTERNAZIONALI

Caci Life dac e Caci Non Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia, 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 – Rappresentanza Generale per l'Italia non potranno pertanto corrispondere alcuna prestazione assicurativa in violazione delle disposizioni sopra richiamate.

GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha aderito alla presente Polizza Convenzione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per le coperture Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte, indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Cliente (o aderente):** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento ed aderito alla Polizza Convenzione.
- **Contraente:** indica Crédit Agricole Italia S.p.A. che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di mutuo ipotecario o chirografario sottoscritto tra il Contraente e il Cliente.
- **Data di Decorrenza:** è la data, specificata nel Modulo di adesione, in cui ha effetto la Polizza Convenzione e indica le ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:
 1. l'adesione alla Polizza Convenzione si è perfezionata secondo quanto previsto dalla medesima Polizza Convenzione e l'Assicurato sia in possesso dei requisiti ivi previsti;
 2. l'importo del mutuo di cui al Contratto di Finanziamento è stato erogato;
 3. è stato corrisposto il Premio.
- **Debito Residuo:** indica il capitale erogato dal Contraente ai sensi del Contratto di Finanziamento e che l'Assicurato deve ancora restituire al momento del verificarsi del Sinistro, come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, o ridotto proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta, nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate.
- **DIP Vita:** indica il documento informativo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi come disciplinato dal 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 dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **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.
- **Disoccupazione:** indica lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, nel caso in cui:
 - i) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno; e
 - ii) sia iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o qualsiasi altra indennità di disoccupazione prevista dalla legge applicabile tempo per tempo vigente.
- **Ente Privato:** indica soggetto giuridico diverso da un Ente Pubblico, presso il quale l'Assicurato potrà essere impiegato.
- **Ente Pubblico:** indica ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi: gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative pubbliche, 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.
- **Firma Digitale:** indica un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.
- **Firma Elettronica Avanzata:** indica l'insieme di dati in forma elettronica allegati oppure collegati a un documento informatico che consentono di identificare il firmatario del documento e garantiscono la connessione univoca al firmatario, creati con strumenti sui quali il firmatario può conservare un controllo esclusivo, collegati ai dati ai quali la firma si riferisce in modo da consentire di rilevare se gli stessi dati siano stati successivamente modificati.
- **Inabilità Temporanea Totale:** indica la perdita temporanea, a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica 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, eccetto la malaria e le malattie tropicali;
 8. l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente:** indica il caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, perda in modo totale, definitivo e irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza. Tale perdita viene stabilita 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 30/06/1965, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 5/02/1992 (tabelle INPS).
 - **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.
 - **I.T. Telecom SRL:** indica l'ente certificatore approvato dall'Agenzia per l'Italia Digitale ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 235/2010) di cui si avvale il Contraente per la certificazione della Firma Digitale.
 - **Lavoratore Autonomo:** indica la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente alla data di sottoscrizione della presente Polizza Convenzione nella quale:
 - l'ammontare dei redditi da lavoro autonomo risulti preponderante rispetto ai redditi da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata)
 - sia denunciato almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, redditi derivanti dall'utilizzazione economica di opere d'ingegno o brevetti, redditi derivanti da attività commerciali non esercitate abitualmente, redditi derivanti da attività di lavoro autonomo anche non esercitate abitualmente;
 e a condizione che la persona fisica continui a svolgere al momento della sottoscrizione e durante la vigenza della presente Polizza Convenzione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono comunque considerati Lavoratori Autonomi le seguenti figure previste dai contratti di lavoro: i "collaboratori coordinati continuativi" occasionali e non occasionali, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di "Staff Leasing", gli amministratori, i sindaci e i revisori di società di capitali, gli associati in partecipazione, i lavoratori autonomi occasionali e gli agenti e/o rappresentanti.
 - **Lavoratore Dipendente di Ente Privato:** indica la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un Ente Privato, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato o con contratto di apprendistato regolato dalla legge italiana. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato i lavoratori soci di cooperative (se la cooperativa è un Ente Privato). 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, fatto naturalmente salvo quanto previsto dalla definizione di Lavoratore Autonomo. Nel caso in cui il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana il lavoratore sarà equiparato ad un Lavoratore Autonomo.
 - **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, Provincie e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni.
 - **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
 - **Malattia grave:** indica le patologie elencate all'art. 1.3.1.
 - **Modulo di Adesione:** indica il modulo sottoscritto dall'Assicurato, con il quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione.
 - **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 il personale in quiescenza lavorativa, 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, studenti. 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 prima del sopravvenire dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale e di Ricovero Ospedaliero.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Perdita di Impiego:** indica la perdita involontaria del posto di lavoro da parte dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, che generi uno stato di Disoccupazione, ivi inclusa l'ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato all'esito della procedura di conciliazione che deve essere esperita, in caso di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, dinanzi alla Direzione Territoriale del Lavoro competente ai sensi dell'articolo 7 della legge n. 604/1966 così come modificata dalla legge n. 92/2012. Resta inteso che non rientra nella presente definizione qualsiasi altra ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato diversa da quella sopramenzionata. Non rientrano altresì nella presente definizione tutte le ipotesi di dimissioni dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato salvo le dimissioni per giusta causa. Non è considerata Perdita di Impiego la scadenza naturale del contratto a tempo determinato o di apprendistato.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero dovuti a Malattia non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo successivo al verificarsi di un Sinistro per e per Perdita di Impiego, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi l'Inabilità Temporanea Totale ed il Ricovero Ospedaliero indennizzabili 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, dello stato di Disoccupazione e di Inabilità Temporanea Totale indennizzati ai 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 rispettivamente per Perdita di Impiego o per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero.
- **Piano di Ammortamento Originario:** indica il piano di ammortamento del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, allegato al Modulo di Adesione consegnato all'aderente dal Contraente.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato, dovuta alla Società a fronte dell'adesione alla Polizza Convenzione.
- **Programma Individuale di Ricollocamento:** indica il servizio di orientamento volto al reinserimento nel mondo del lavoro dell'Assicurato, prestato da una società specializzata e convenzionata con la Società.
- **Rata Mensile:** indica il pagamento periodico effettuato dal titolare del Contratto di Finanziamento al fine della restituzione dell'importo del mutuo, comprensivo di quota capitale e quota interessi, come risultante dal Piano di Ammortamento Originario o ridotto proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta, nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate
- **Ricovero Ospedaliero:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti 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 Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, si intende CACI Life dac; in relazione all'adesione alle coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero si intende CACI Non-Life dac.

“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti in sede di adesione al contratto di assicurazione dall'intermediario assicurativo Credit Agricole Italia S.p.A. - e dal medesimo trattati in qualità di Responsabile del Trattamento.

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 modulo di adesione, 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 modulo di adesione 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 modulo di adesione): 2 (due) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento al modulo di adesione: 10 (dieci) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento ai dati inerenti ai sinistri/reclami (salvo i documenti contabili): 2 (due) anni dalla chiusura del sinistro/reclamo;
- con riferimento ai documenti contabili o fiscali relativi ai pagamenti connessi ai reclami: 10 (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: 10 (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: 6 (sei) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- in ambito di lotta alle frodi: 6 (sei) mesi dalle segnalazioni per quelle irrilevanti; per le segnalazioni rilevanti, invece, il periodo di conservazione dei dati è di 5 (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 3 (tre) anni dall'ultimo contatto infruttuoso.

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi con i quali il modulo di adesione 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 Società in Dublino, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower nonché all'indirizzo e-mail dataprotectionofficer@ca-caci.ie.