Assicurazione 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 : "Auto Protetta (vendita a distanza)" (cod. 2026/02)

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

Che tipo di assicurazione è?

«Auto Protetta (vendita a distanza)» è una polizza collettiva facoltativa. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonia vocale) ed è a garanzia del Cliente, che ha sottoscritto un prestito per finanziare l'Autoveicolo. Indennizza un capitale in caso di Invalidità Totale Permanente e le Spese Legate all'Uso del Veicolo in caso di Inabilità Temporanea Totale.

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente non inferiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società corrisponde al Beneficiario un capitale pari a € 20.000,00.

✓ Inabilità Temporanea Totale (Spese Veicolo): la Società corrisponde al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro e fino ad un importo massimo di € 600,00/mese, un indennizzo che reintegri quanto dallo stesso già pagato prima che si sia verificato il Sinistro per le Spese Legate all'Uso del Veicolo.

Per ciascuna copertura, la Compagnia 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%;

✗ Inabilità Temporanea Totale: Non sono assicurate Spese Legate all'Uso del Veicolo diverse da quelle di seguito elencate: Polizza Auto; Bollo Auto; Tagliando di Manutenzione Ordinaria; Pedaggio Autostradale, pagato attraverso sistemi elettronici quali carta di credito o carta di debito (Bancomat) o tramite addebito in conto corrente; Carburante, pagato attraverso sistemi elettronici quali carta di credito o carta di debito (Bancomat) o fattura.

Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia non eroga la prestazione in caso di:

! 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 ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;

! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

Dalle coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale sono esclusi:

! Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale;

! 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;

! conseguenze di Infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza e già noti e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;

! 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);

! gli eventi 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 idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore;

! gli eventi causati da 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;

! gli eventi causati da 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.

Dove vale la copertura?

✓Le coperture assicurative valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

Che obblighi ho?

– Pagare il Premio convenuto con la Compagnia;
– denunciare tempestivamente il Sinistro;
– trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Compagnia;
– fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Compagnia intende assumere.
Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e anticipato e viene corrisposto alla Compagnia per il tramite di CA Auto Bank S.p.A.
L'importo del Premio viene rateizzato ed addebitato al Cliente mediante incremento delle rate di rimborso del Contratto di Finanziamento.
Il Premio viene addebitato al Cliente a partire dalla scadenza della terza rata di rimborso del Contratto di Finanziamento o, nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda un differimento inziale del pagamento delle rate di finanziamento pari a 60 giorni, verrà addebitato alla scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione.
La durata delle coperture è pari alla durata massima del Contratto di Finanziamento.

Come posso disdire la polizza?

Il Cliente può recedere dal contratto entro il termine di 120 giorni a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione dandone comunicazione scritta ad IdeaCall S.r.l., intermediario di cui si avvale CA Auto Bank S.p.A. per il collocamento dei prodotti tramite tecniche di comunicazione a distanza. Non può recedere se in tale periodo (120 giorni) ha denunciato un Sinistro e il Sinistro è in corso di valutazione.
È altresì previsto che il Cliente possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio Assicurativo, mediante comunicazione da inviare alla Compagnia e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso

Assicurazione 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)

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Prodotto: "*Auto Protetta (vendita a distanza)*" (cod. 2026/02)
Il presente DIP Vita è aggiornato al 10/02/2026 ed è l'ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Auto Protetta (vendita a distanza) è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza un capitale in caso di decesso. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonia vocale).

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte
La Compagnia corrisponde al Beneficiario un capitale pari a € 20.000,00.

In caso di decesso dell'Assicurato causato da Infortunio, la Compagnia corrisponde al Beneficiario un capitale pari a € 40.000,00.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Nessun Indennizzo per il caso Morte è dovuto al Beneficiario se l'Assicurato ha già ricevuto l'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente.
La Compagnia non eroga la prestazione in caso di:

- ! 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 ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

Dalla copertura Caso Morte sono inoltre esclusi:

- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- ! incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- ! suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione.

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 Compagnia;
– gli aventi causa devono denunciare tempestivamente il Sinistro;
– trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Compagnia. 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 o lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;

- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4);
- 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;
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato il decesso (in caso di malattia);
- copia del referto autoptico (se presente).

– Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Compagnia intende assumere.

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

Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e anticipato e viene corrisposto alla Compagnia per il tramite di CA Auto Bank S.p.A.
L'importo del Premio viene rateizzato ed addebitato al Cliente mediante incremento delle rate di rimborso del Contratto di Finanziamento.
Il Premio viene addebitato al Cliente a partire dalla scadenza della terza rata di rimborso del Contratto di Finanziamento o, nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda un differimento inziale del pagamento delle rate di finanziamento pari a 60 giorni, verrà addebitato alla scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione.
La durata massima delle coperture è pari alla durata del Contratto di Finanziamento.

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

Il Cliente può recedere dal contratto entro il termine di 120 giorni a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione. Non può recedere se in tale periodo (120 giorni) ha denunciato un Sinistro e il Sinistro è in corso di valutazione.
È altresì previsto che il Cliente possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio Assicurativo, mediante comunicazione da inviare alla Compagnia e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Il recesso è effettuato dandone comunicazione scritta ad IdeaCall S.r.l., intermediario di cui si avvale CA Auto Bank S.p.A. per il collocamento dei prodotti tramite tecniche di comunicazione a distanza.
La polizza collettiva non prevede la possibilità di revocare la proposta, né di risolvere il contratto.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione Multirischi

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

***Prodotto :* «Auto Protetta (vendita a distanza)» (cod. 2026/02)**

Il presente DIP aggiuntivo Multirischi è aggiornato al 10/02/2026 ed è l'ultima versione disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Caci Life dac e **Caci Non-Life dac,** sono Compagnie assicurative appartenenti al Gruppo Crédit Agricole S.A., con sede legale in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, (Irlanda) – Numero di telefono +39 02 0063 8113; sito internet www.ca-caci.it; e-mail relazioni.clienti@ca-caci.ie. Il contratto è stipulato con le Rappresentanze Generali per l'Italia, site in Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia. Sito internet: www.ca-caci.it Telefono: +39 02 0063 8113 E-mail: relazioni.clienti@ca-caci.ie.

Caci Life dac è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00082. Caci Non-life dac è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00083. Entrambe le Compagnie sono ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento e sono soggette alla vigilanza prudenziale di CBI (Central Bank of Ireland – sito internet: https://www.centralbank.ie/)

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato, si riportano i dati sulla situazione patrimoniale delle Compagnie: Caci Life dac: Patrimonio netto = € 178.753.962,00; Risultato economico di periodo = 57.706.000,00; Caci Non-life dac: Patrimonio netto = € 116.532.886,00; Risultato economico di periodo = 1.244.000,00. Con riferimento alla situazione di solvibilità delle imprese, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari a 204,4% per Caci Life dac; 174,3% per Caci Non-life dac. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria delle Compagnie (SFCR) è disponibile sul sito internet: www.ca-assurances.com/wp-content/uploads/CACI-Life-SFCR-2024.pdf, per CACI Life dac; www.ca-assurances.com/wp-content/uploads/CACI-Non-Life-SFCR-2024.pdf, per CACI Non-life dac.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ramo Danni:

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

- **Invalidità Totale Permanente**: l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di Euro 20.000,00;
- **Inabilità Temporanea Totale**: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 600,00.

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.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

RAMO DANNI:
ad integrazione di quanto previsto nel DIP Danni, si segnala la seguente Franchigia:
Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni (Franchigia Assoluta).

A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al Cliente, persona fisica o giuridica, con residenza valutaria in Italia. Il Cliente deve essere intestatario di un contratto di finanziamento o di in contratto di locazione finanziaria (leasing), erogato da CA Auto Bank S.p.A. di durata non superiore a 120 mesi, ha un'età compresa tra 18-70 anni non compiuti all'adesione ed età alla scadenza non superiore a 80 anni compiuti.

Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.
I costi a carico del Cliente calcolati sul Premio (al netto delle imposte) sono pari a:
- 15,50% costi di intermediazione.

Al raggiungimento di specifici criteri verranno riconosciute:
- 45,00% commissioni supplementari (rappel).

Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).
Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili della Compagnia pari al 90%.

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:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.it), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità e altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria in materia di contratti assicurativi, perché costituisce condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	• **Detrazione fiscale dei premi:** se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Compagnia. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi. • **Tassazione delle somme assicurate:** le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate sotto forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa: https://oblio-oncologico.informativa.ca-caci.it.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

CRÉDIT AGRICOLE
CREDITOR INSURANCE

Gruppo Crédit Agricole S.A.

Condizioni di assicurazione

Polizza Collettiva n. "L-2113-10-21-302-1" (CACI Life dac) e n. "N-2113-10-21-302-1 (CACI Non-Life dac) denominata Protezione spese veicolo a premio unico (vendita a distanza) - di seguito "Auto Protetta (vendita a distanza)" stipulata tra CA Auto Bank S.p.A. e le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia.

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa.

(aggiornamento al 10/02/2026. Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida ANIA per contratti chiari e comprensibili)

(cod. 2026/02)

INDICE

PRESENTAZIONE 3
Glossario: un elenco di definizioni 4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 6
ART. 1 – Che cosa è assicurato? 6
Art. 1.1. Copertura assicurativa per il caso Morte 6
Art. 1.2. Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente 6
Art. 1.3. Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale 7
ART. 2 – Come aderire alla Polizza Convenzione? 8
ART. 3 – Che cosa non è assicurato? 9
ART. 4 – Dove vale la copertura? 10
ART. 5 – Quali obblighi hanno il Cliente e l'Assicurato? 11
ART. 6 – Cosa fare in caso di Sinistro? 11
Condizioni di assicurazione: altre disposizioni che regolano la polizza convenzione 12
ART. 7 – Prescrizione 12
ART. 8 – Pagamento dell'indennizzo 13
ART. 9 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti 13
ART. 10 – Pagamento del Premio 13
ART. 11 – Estinzione anticipata del Finanziamento 14
ART. 12 – Quando comincia la copertura e quando finisce? 15
ART. 13 – Oneri fiscali 15
ART. 14 – Modifiche della polizza 15
ART. 15 – Rinvio alle norme di legge 15
ART. 16 – Altre assicurazioni 15
ART. 17 – Come recedere? 15
ART. 18 – Diritto di surroga 16
ART. 19 – Riscatto e riduzione 16
ART. 20 – Comunicazioni e reclami 16
Art. 21 – Arbitro Assicurativo, negoziazione, mediazione e risoluzione delle controversie 17
ART. 22 – Cessione dei diritti 17
ART. 23– Controversie di natura medica 17
ART. 24 – Sanzioni internazionali 18
"TUTELA PRIVACY" INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 19

PRESENTAZIONE

Auto Protetta (vendita a distanza) (di seguito anche "Polizza Convenzione") **è una polizza collettiva, facoltativa, accessoria al finanziamento,** che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE;**
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE.**

Tale presentazione ha il solo scopo di illustrare la struttura generale del contratto assicurativo e non sostituisce in nessun caso le Condizioni di Assicurazione, di cui si raccomanda la lettura attenta per conoscere nel dettaglio le caratteristiche della polizza.

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le "Linee guida per contratti chiari e comprensibili" predisposte dall'Associazione Nazionale per le Imprese di Assicurazione (ANIA).

Come leggere le Condizioni di Assicurazione?
Per garantire massima trasparenza e facilità di lettura, le Compagnie 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 Compagnie;
- denunciare un Sinistro.

✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola

il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario

GLOSSARIO: UN ELENCO DI DEFINIZIONI

Trovi i significati dei principali termini utilizzati nella presente Polizza Convenzione, evidenziati con la lettera iniziale maiuscola. Le definizioni si intendono sia al singolare sia al plurale.

- **Assicurato:** il Cliente persona fisica ovvero il firmatario del Contratto di Finanziamento in caso di Cliente persona giuridica che ha aderito alla Polizza Convenzione mediante espresso consenso reso telefonicamente.
- **Beneficiario:** l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Bollo Auto:** la tassa di possesso che deve essere pagata da tutti i proprietari di veicoli a motore indipendentemente dall'utilizzo del mezzo.
- **Carburante:** i prodotti energetici (benzina, gasolio, Gpl, metano o energia elettrica) destinati ad alimentare il motore del Veicolo.
- **Certificato Personale di Assicurazione:** il modulo inviato al Cliente insieme al DIP Danni, al DIP Vita al DIP aggiuntivo multirischi, alle condizioni di assicurazione, al Glossario, da sottoscrivere e ritrasmettere alla Società da parte del Cliente.
- **Cliente (o Aderente):** qualunque persona fisica o giuridica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento.
- **Compagnia (Società o Impresa):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale CACI Non-Life dac
- **Contraente:** CA Auto Bank S.p.A., con sede legale in Corso Orbassano 367 – Torino, che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Data di Decorrenza:** le ore 24 del giorno in cui il Cliente, contattato telefonicamente, ha manifestato il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione.
- **DIP Danni:** il documento informativo di base per i prodotti del ramo danni (acronimo di Documento Informativo Precontrattuale).
- **DIP Vita:** 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:** il documento informativo integrativo del DIP Vita e del DIP Danni per contratti in cui ai prodotti assicurativi vita sono abbinate garanzie relative ai prodotti danni come disciplinato dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **Diritto all'Oblio Oncologico:** il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.
- **Finanziamento (Contratto di Finanziamento):** il contratto di finanziamento di durata massima pari a 120 mesi con il quale il Contraente concede in prestito al Cliente una somma di denaro, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o di Valore Garantito Futuro (V.G.F.).
- **Ideacall s.r.l.:** la società di cui si avvale il Contraente per la promozione e il collocamento delle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione mediante Tecniche di Comunicazione a distanza.
- **Inabilità Temporanea Totale:** la perdita temporanea, 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:** la somma dovuta dalla Compagnia al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:
  1. l'asfissia non di origine morbosa;
  2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
  3. l'assideramento o il congelamento;
  4. i colpi di sole o di calore;
  5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;

6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, eccetto la malaria e le malattie tropicali;
8. l'annegamento.

- **Invalidità Totale Permanente:** il caso in cui l'Assicurato 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).
- **Maxi Rata Finale (M.R.F.):** la Rata Finale che il Cliente dovrà versare a CA Auto Bank S.p.A. a conclusione del Contratto di Finanziamento per la quale potrà scegliere se rimborsare in un'unica soluzione o attraverso una dilazione della stessa.
- **Morte:** il decesso dell'Assicurato.
- **Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato prima del sopravvenire dello stato di Inabilità Temporanea Totale
- **Parti:** congiuntamente il Contraente e la Compagnia.
- **Pedaggio Autostradale:** indica la tassa che si paga al gestore (privato o pubblico) per l'uso di un'infrastruttura quale l'autostrada, un tunnel autostradale, un ponte, un tunnel urbano, un'area urbana a traffico limitato in Europa.
- **Periodo di Carenza:** il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza durante il quale la copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale da Malattia non è efficace**.**
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Polizza auto:** il contratto di assicurazione obbligatoria R.C auto e/o il contratto di assicurazione Auto Rischi Diversi, se presente relativi al Veicolo.
- **Polizza Convenzione:** ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Compagnia e il Contraente.
- **Premio:** la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, comunicata telefonicamente al Cliente, riportata nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative previste dalla Polizza Convenzione.
- **Set Informativo:** l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è costituito da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Certificato Personale di Assicurazione.
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Spese Legate all'Uso del Veicolo:** indica i costi sostenuti dall'Assicurato in relazione a quanto segue:
  - Polizza Auto;
  - Bollo Auto;
  - Tagliando di Manutenzione Ordinaria;
  - Pedaggio Autostradale, pagato attraverso sistemi elettronici quali carta di credito, carta di debito (bancomat), o tramite addebito in conto corrente;
  - Carburante, pagato attraverso sistemi elettronici quali carta di credito o carta di debito (bancomat) o fattura
- **Tagliando di Manutenzione Ordinaria:** controllo periodico che deve essere effettuato sul Veicolo, come previsto dal libretto di uso e manutenzione.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza:** qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Società, del Contraente e del Cliente, possa impiegarsi per il perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente.
- **Valore Garantito Futuro (V.G.F.):** il prezzo minimo di Riacquisto del Veicolo che l'ente di vendita (o dealer) aderente si impegna a riconoscere al Cliente in caso di riconsegna del veicolo con acquisto di un nuovo veicolo o in caso di riconsegna del veicolo senza riacquisto.
- **Veicolo:** il veicolo a motore di proprietà del Cliente acquistato tramite il Contratto di Finanziamento.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – Che cosa è assicurato?

Auto Protetta (vendita a distanza) (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA, ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

▪ **CASO MORTE**
▪ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%
▪ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

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

QUALI SONO LE COPERTURE ASSICURATIVE?

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

ART. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo dovuto, 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. il Cliente, 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 Compagnia pagherà al Beneficiario un capitale pari a € 20.000,00. Tale capitale verrà raddoppiato in caso di Morte dell'Assicurato causata da Infortunio.

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 20.000,00. In caso di Morte dell'Assicurato causata da Infortunio, l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 40.000,00.

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

ART. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia da cui derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente, 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. il Cliente, 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 perda in modo totale, definitivo ed irrimediabile la capacità di svolgere le 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).

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 20.000,00.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, prima che la Compagnia 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 Compagnia pagherà l'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente e non per il Caso Morte**.

Esempio di prestazione Caso Morte

prestazione assicurativa = € 20.000
Se la Morte è avvenuta a causa di un incidente stradale la **prestazione assicurativa** è pari a € 40.000

ATTENZIONE: *il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative.*

ART. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale 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. il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa hanno adempiuto agli obblighi di cui agli artt. 5 e 6.

1.3.1. 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 gli impedisca di svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore, la Compagnia paga al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, un Indennizzo che può raggiungere un massimale pari a € 600,00 che reintegri quanto dallo stesso già pagato prima che si sia verificato il Sinistro per le Spese Legate all'Uso del Veicolo frazionate su base mensile.

Solo in caso di Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che decorre dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione.
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 sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabiltà 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 600,00**;
Massimale per Sinistro	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia 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 Compagnia 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 Riqualificazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa causa del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia 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 subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua Normale Attività Lavorativa per 6 mesi denuncia il Sinistro alla Compagnia, trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Compagnia eroga ogni mese l'Indennizzo che non può superare Euro 600,00.

Per poter erogare gli Indenizzi successivi al quinto è necessario che l'Assicurato dimostri alla Compagnia il perdurare dello stato di Inabilità fornendo la relativa documentazione medica. La Compagnia, 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 Compagnia 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.*

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?	è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?	è il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

ART. 2 – COME ADERIRE ALLA POLIZZA CONVENZIONE?

2.1 Per poter aderire alla Polizza Convenzione è necessario che il Cliente:

1. abbia residenza valutaria in Italia;
2. abbia **stipulato il Finanziamento** e, contattato telefonicamente, abbia manifestato il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione;
3. al momento in cui ha prestato il consenso telefonico ad aderire alla Polizza Convenzione, **abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti** ed età alla scadenza non superiore ad 80 anni compiuti.

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

2.2 Si specifica che, nel caso in cui il Cliente non presenti tutti i requisiti richiesti di cui al presente articolo, tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.

Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia aderito, mediante consenso reso telefonicamente alla Polizza Convenzione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al presente articolo.

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

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

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

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

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

Entro cinque giorni dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione in conformità al disposto di cui all'art. 75 del Regolamento IVASS n. 40/2018, al Cliente sarà trasmesso il Set Informativo (in forma cartacea o su altro supporto durevole da lui prescelto), unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.

Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato Personale di Assicurazione da parte del Cliente prevista dal Regolamento IVASS n. 40/2018 ha una finalità esclusivamente probatoria mentre la mancata restituzione dello stesso non implica la nullità del contratto o la possibilità per il cliente di esercitare pretese di annullamento della stessa al di fuori delle modalità previste dal Set Informativo.

ART. 3 – CHE COSA NON È ASSICURATO?

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 Compagnia non pagherà alcun Indennizzo.

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. **dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;**
2. **atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
3. **alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;**
4. **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.**

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO MORTE

1. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);**

2. **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
3. **uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri e parapendio;**
4. **suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza.**

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I CASI DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

1. **Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);**
2. **eventi determinati o correlati ad infermità mentale;**
3. **trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;**
4. **conseguenze di Infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;**
5. **mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);**
6. **Infortuni causati da:**

✓ **Pratica dei seguenti sport in generale:**

- **paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;**
- **partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;**
- **guida di natanti a motore per uso non privato;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, 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;
- ai Sinistri occorsi come conseguenza di **movimenti tellurici**.

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

ART. 4 – DOVE VALE LA COPERTURA?

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

ART. 5 - QUALI OBBLIGHI HANNO IL CLIENTE E L'ASSICURATO?

Il **Cliente** e l'**Assicurato** hanno **obblighi diversi**.

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

ART. 6 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto al Contraente, compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro che potrà essere richiesto a CA Auto Bank S.p.A. all'indirizzo sotto riportato.

6.2 La denuncia Sinistro, insieme alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5, dovrà essere trasmessa al Contraente, con le seguenti modalità.

Mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno
indirizzata a
CA Auto Bank S.p.A.
Customer Care Insurance
Corso Orbassano, 367
10137 Torino

Oppure
via e-mail: customer.care.insurance@ca-autobank.com
o via pec: customer.care.insurance@pec.ca-autobank.com

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

6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa saranno tenuti, oltre che ad inviare al Contraente la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., ad inviare allo stesso, la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 6.2.

6.4 Il Contraente potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali relative al diritto alle prestazioni assicurative di cui alla Polizza Convenzione.

6.5 **In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa dovranno trasmettere al Contraente la seguente documentazione:**

6.5.1. CASO MORTE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo dal medico curante;
- verbale di Pronto Soccorso, 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 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 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. lettere dimissioni ospedaliere, referto istologico, referti visite specialistiche).

6.5.3 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- copia di un documento di identità valido 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 e copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del sinistro);
- copia del certificato INPS/INAIL di Inabilità Temporanea Totale;
- copia del pagamento dell'ultima annualità relativa al Bollo Auto;
- copia della fattura o ricevuta fiscale che certifica il pagamento dell'ultimo Tagliando di Manutenzione Ordinaria con chiara identificazione dell'officina dove è stato effettuato il tagliando;
- copia del libretto di circolazione;
- copia dell'ultima quietanza di pagamento relativa alla Polizza Auto;
- copia dell'ultimo estratto del conto corrente o della carta di credito che attesti il pagamento del Pedaggio Autostradale;
- copia dell'ultimo estratto del conto corrente o della carta di credito che attesti il pagamento del Carburante o fattura.

ATTENZIONE: se necessario, la Compagnia potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono collaborare con la Compagnia 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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ALTRE DISPOSIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA CONVENZIONE

ART. 7 – PRESCRIZIONE

Secondo quanto previsto dall'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 e Inabilità Temporanea Totale) 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 DELL'INDENNIZZO

Entro quando viene pagato l'Indennizzo?

La Compagnia paga l'indennizzo 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 determinati al tasso d'interesse legale di cui all'art.1284 comma 1 del Codice Civile.

ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

La comunicazione alla Compagnia da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Tale disposizione non si applica per le informazioni coperte dal Diritto all'Oblio Oncologico, nel caso in cui la Compagnia abbia richiesto accertamenti sullo stato di salute e l'Assicurato abbia esercitato tale diritto.

Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Compagnia 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 Compagnia 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 Compagnia restituirà all'Assicurato la parte di premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.

ATTENZIONE: le informazioni false, inesatte e reticenti, anche se comunicate dall'Assicurato senza intenzione di far cadere in errore la Compagnia 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 Compagnia per decidere se assumere o meno il rischio da assicurare o se assumerlo a determinate condizioni.

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Quando e come devo pagare il premio?

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

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

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

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

Il Premio unico, comprensivo delle imposte dovute ai sensi di legge, si calcola moltiplicando il Premio mensile, pari a € 15,00, per il numero di mesi di durata del Contratto di Finanziamento.

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al:

- 15,50% costi di intermediazione.

Al raggiungimento di specifici criteri verranno riconosciute al Contraente:

- 45,00% commissioni supplementari (rappel)

Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Compagnia pari al 90%.

ART. 11 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

In caso di **estinzione integrale anticipata** del Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

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

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

$$R = \mathrm{P} \times \frac{(\mathrm{N} - \mathrm{K})}{N}$$

dove:

P = Premio Imponibile (al netto imposte)
N = Durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)
K = numero di mesi trascorsi dall'adesione
(N - K) = durata residua

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

Esempio:

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

- durata pari a 48 mesi
- estinzione integrale anticipata avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione

$$R = (714{,}23) \times \frac{(48 - 24)}{48} = 357{,}11$$

Importo dovuto pari a:
P + C - spese amministrative = € 357,11- € 25 = € 332,11

ATTENZIONE: *il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative*

In alternativa, la Compagnia, su richiesta del Cliente, espressa per iscritto e da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata del Finanziamento, fornisce le coperture assicurative in favore del Cliente quale Beneficiario fino alla data di scadenza del Finanziamento prevista precedentemente all'estinzione anticipata integrale.

ART. 12 – QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

12.1. Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui il Cliente ha prestato telefonicamente il proprio consenso alla Polizza Convenzione.

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

(i) alla data di cessazione del Finanziamento come ivi prevista;

(ii) in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento;

(iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;

(iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato dell'80esimo anno di età;

(v) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente.

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

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

ART. 13 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla Polizza Convenzione sono a carico del Cliente, ma il loro versamento verrà effettuato a onere, cura e responsabilità della Compagnia

ART. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

La Compagnia 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 Compagnia dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 – COME RECEDERE?

17.1. Il Cliente può recedere dalla Polizza Convenzione entro 120 giorni a partire dalla dalla Data di Decorrenza.

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

IdeaCall s.r.l.
Casella Postale 14230
20152 Milano

17.2. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

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

17.4. È altresì previsto che il Cliente possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 11 delle condizioni di assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Compagnia e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA

La Compagnia rinuncia al diritto di surroga previsto dall' art. 1916 c.c. nei confronti dell'Aderente.

ART. 19 – RISCATTO E RIDUZIONE

La Polizza Convezione non prevede possibilità di riduzione e di riscatto.

ART. 20 – COMUNICAZIONI E RECLAMI

20.1. Tutte le **comunicazioni** da parte del Cliente nei confronti della Compagnia, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte **a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento**.

Eventuali **COMUNICAZIONI** da parte della Compagnia al Cliente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto del Cliente stesso.

Eventuali **RECLAMI** riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto 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

20.2. Eventuali reclami riguardanti il Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto a:
CA Auto Bank S.p.A.
Ufficio Reclami
Corso Orbassano, 367
10137 Torino
E-mail: reclami@ca-autobank.com
Pec: reclami@pec.ca-autobank.com

20.3. **Reclami indirizzati all'IVASS**.
Se l'esponente, nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, non ha ricevuto riscontro alla sua richiesta da parte della Compagnia 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 Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

ART. 21 – ARBITRO ASSICURATIVO, NEGOZIAZIONE, MEDIAZIONE E RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

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

- l'**ARBITRO ASSICURATIVO:** il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215. È possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.it), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità e altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
- **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;
- **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.**

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 Compagnia 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 da Rappresentanza Generale per l'Italia non potranno pertanto corrispondere alcuna prestazione assicurativa in violazione delle disposizioni sopra richiamate.

“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Compagnie CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti in sede di adesione al contratto di assicurazione dall’intermediario assicurativo CA Auto Bank 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 Compagnia la fornitura dei servizi/prodotti assicurativi e, in generale, la conclusione, gestione ed esecuzione del contratto, compresa l’eventuale corresponsione della prestazione assicurativa.

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

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

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

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

- con riferimento alla sottoscrizione, conclusione, esecuzione e gestione del contratto (salvo i dati contenuti nel Certificato Personale di Assicurazione): 2 (due) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento al Certificato Personale di Assicurazione: 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 Certificato Personale di Assicurazione è stato sottoscritto e, ove previsto, le compagnie di co-assicurazione, di riassicurazione, nonché le amministrazioni e le autorità giudiziarie preposte alla vigilanza delle prescrizioni normative e regolamentari rilevanti in materia (a titolo esemplificativo IVASS, COVIP, CONSAP e le motorizzazioni). Possono essere destinatari dei Suoi dati medici, consulenti tecnici di parte e legali. Sono inoltre destinatarie dei dati le Compagnie e le società del Gruppo Crédit Agricole, che siano responsabili della gestione e la prevenzione dei rischi connessi alle operazioni (antiriciclaggio, valutazione del rischio) a beneficio di tutte le entità del gruppo nonché i subfornitori, i cui nominativi potranno essere conosciuti dall'interessato tramite specifica richiesta, da effettuarsi con le modalità di seguito indicate.

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

In applicazione della normativa in vigore, Lei ha diritto all' accesso e alla rettifica dei dati, alla cancellazione dei medesimi nella misura in cui questi non siano più necessari per le finalità per cui sono stati raccolti o qualora il contraente revochi il consenso, 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 all'Assicuratore 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 Compagnie all'indirizzo di posta elettronica sopra riportato o presso la sede delle stesse in Dublin 2, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower.

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