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)

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Prodotto : "CPI Multirischi dipendenti privati" (cod. 2026/02)

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

Che tipo di assicurazione è?

CPI Multirischi dipendenti privati è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave e le rate mensili in caso di Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale.

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL.

✓ Malattia Grave: la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un importo pari al debito residuo del finanziamento o del leasing che al momento dell'accertamento del Sinistro il Cliente deve ancora corrispondere.

Le coperture Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave operano per **tutti** gli assicurati.

✓ Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale: la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento o del leasing che il Cliente deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere al momento del Sinistro.

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 e che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge 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.

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%;

✗ 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 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 non superiore ai 71 anni e coloro che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.

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, Malattia Grave 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/o già noti e/o 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).

Dalla copertura Perdita di Impiego sono esclusi:

! 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 precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;

! stato di disoccupazione o di prossima disoccupazione già conosciuto dall'Assicurato al momento dell'adesione;

! 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);

! l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà fatta eccezione per il caso di dimissioni per giusta causa;

! 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.

Dove vale la copertura?

✓Le coperture Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, purché 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 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 viene versato in via anticipata dall'Assicurato alla Compagnia per il tramite del Contraente al momento dell'adesione alla polizza collettiva.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. sottoscrizione del Modulo di Adesione; 2. erogazione del finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
La durata delle coperture è pari alla durata del Contratto di Finanziamento.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia o 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 ed il Sinistro è in corso di valutazione.
È altresì previsto che l'Assicurato 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 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)

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Prodotto: "*CPI Multirischi dipendenti privati*" (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?

CPI Multirischi dipendenti privati è una polizza collettiva facoltativa 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 Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un importo pari al debito residuo del finanziamento o del leasing che al momento del decesso il Cliente deve ancora corrispondere.

Se il decesso è conseguente ad Infortunio, la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un importo pari al doppio del debito residuo del finanziamento o del leasing che al momento del decesso il Cliente deve ancora corrispondere.

La Compagnia indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva. In ogni caso, l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00.

Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 70 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di 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 o Malattia Grave.

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 viene versato in via anticipata dall'Assicurato alla Compagnia per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. sottoscrizione del Modulo di Adesione; 2. erogazione del finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
La durata delle coperture è pari alla durata del Contratto di Finanziamento.

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

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia o 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 sottoscrizione delle coperture assicurative ed il Sinistro è in corso di valutazione.
È altresì previsto che l'Assicurato 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. La polizza collettiva non prevede la possibilità dell'Assicurato di revocare la proposta, né di risolvere il contratto

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Prodotto :* «CPI Multirischi dipendenti privati» *(cod. 2026/02)

Il presente DIP aggiuntivo Multirischi è aggiornato a 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 00638113; 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 00638113; 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 Società (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 e Malattia Grave:** l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00;
- **Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale:** l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 24 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 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 delle esclusioni previste nel DIP Danni, dalla copertura Perdita di Impiego sono esclusi:

- 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;
- 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;
- 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;
- l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
- la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- 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;
- il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana; in tal caso non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di Impiego, ma la copertura Inabilità Temporanea Totale;
- l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.

Sono esclusi dalla copertura caso Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale 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;
- 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.

Si segnalano inoltre le seguenti franchigie:

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

Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni (franchigia relativa).

A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al Cliente, persona Fisica, con residenza valutaria in Italia. Il Cliente è un lavoratore dipendente di ente privato avente contratto regolato dalla legge italiana, intestatario di un contratto di finanziamento o di un contratto di locazione finanziaria (leasing), erogato da CA Auto Bank S.p.A., di durata non superiore a 120 mesi con età compresa tra 18-70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione della polizza 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 al:

- 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 Società 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 Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi. • **Tassazione delle somme assicurate**: le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate sotto forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

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

Polizze Collettive n. "L-2109-10-21-298-1" (CACI Life dac) e n. "N-2109-10-21-298-1" (CACI Non-Life dac) denominate "CPI Multirischi protezione finanziamento per dipendenti di ente privato a premio unico" (di seguito "CPI multirischi dipendenti privati") stipulate 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 7
ART. 1 – Che cosa è assicurato? 7
Art. 1.1. Copertura assicurativa per il caso Morte 8
Art. 1.2. Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente 8
Art. 1.3. Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave 9
Art. 1.4. Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego 11
Art. 1.5. Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale 12
Art. 1.6. Modifica della posizione lavorativa 14
ART. 2 – Come aderire alla Polizza Convenzione? 14
ART. 3 – Che cosa non è assicurato? 15
ART. 4 – Dove vale la copertura? 17
Art. 5 – Che obblighi ho come Assicurato? 17
ART. 6 – Cosa fare in caso di Sinistro? 17
Condizioni di assicurazione: altre disposizioni che regolano la polizza convenzione 19
ART. 7 – Prescrizione 19
ART. 8 – Pagamento dell'indennizzo 19
ART. 9 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti 19
ART. 10 – Pagamento del Premio 20
ART. 11 – Estinzione anticipata del Finanziamento 20
ART. 12 – Quando comincia la copertura e quando finisce? 22
ART. 13 – Oneri fiscali 23
ART. 14 – Modifiche della polizza 23
ART. 15 – Rinvio alle norme di legge 23
ART. 16 – Altre assicurazioni 23
ART. 17 – Come recedere? 23
ART. 18 – Diritto di surroga 24
ART. 19 – Riscatto e riduzione 24
ART. 20 – Comunicazioni e reclami 24
Art. 21 – Arbitro Assicurativo, negoziazione, mediazione e risoluzione delle controversie 25
ART. 22 – Cessione dei diritti 26
ART. 23 – Controversie di natura medica 26
ART. 24 – Sanzioni internazionali 26
"TUTELA PRIVACY" INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 27

PRESENTAZIONE

CPI multirischi dipendenti privati (di seguito anche "Polizza Convenzione") **è una polizza collettiva, facoltativa, accessoria al finanziamento,** che fornisce una copertura assicurativa a tutti gli assicurati in caso di **Morte, Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%** e **Malattia Grave**

La polizza fornisce copertura assicurativa, inoltre:

- per la **Perdita di Impiego** di Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 71 anni compiuti, con contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
  o, in **alternativa**,
- per il caso **Inabilità Temporanea Totale** per coloro che al momento del verificarsi dell'evento assicurato non possono essere considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato.

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 che ha aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Beneficiario:** l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale. Per la copertura assicurativa per il caso Morte, i Beneficiari sono i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Canone mensile:** nel contratto di locazione finanziaria (leasing), il corrispettivo che viene versato dall'utilizzatore del veicolo alla società locatrice per poter godere del veicolo di proprietà della società locatrice medesima.
- **Cliente (o Aderente):** qualunque persona fisica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento e che abbia aderito alla Polizza Convenzione, sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **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, Malattia Grave, Perdita di Impiego 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 si verifica in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:
  1. il Modulo di Adesione è stato sottoscritto;
  2. l'importo del Finanziamento è stato erogato;
  3. è stato corrisposto il Premio.
- **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.
- **Disoccupazione:** 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:** ogni soggetto giuridico che non sia un Ente Pubblico.
- **Ente pubblico:** ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **Finanziamento (Contratto di Finanziamento):** il contratto di finanziamento rateale o il contratto di locazione finanziaria (leasing) di importo massimo pari ad Euro 100.000,00 e durata massima pari a 120 mesi, stipulato tra il Contraente e il Cliente, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito secondo un piano di ammortamento predeterminato - eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) - o derivante dalla locazione finanziaria, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Firma Digitale:** 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:** 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:** 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 Società 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).
- **Istituto di Cura:** ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologhe ed estetiche.
- **Lavoratore Autonomo:** 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, 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) e che comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo) e 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 solo ai fini della copertura assicurativa Inabilità Temporanea Totale della presente Polizza Convenzione 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 "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. Saranno equiparati ai Lavoratori Autonomi anche i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.
- **Lavoratore Dipendente di Ente Privato:** 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:** 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:** l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Malattia Grave:** le patologie elencate all'art.1.3.1.
- **Modulo di Adesione:** il modulo sottoscritto dall'Assicurato, con il quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione.
- **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.
- **Namirial S.p.A:** l'ente certificatore approvato dall'Agenzia per l'Italia Digitale di cui si avvale CA Auto Bank S.p.A. per la certificazione della Firma Digitale.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo i pensionati, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.
- **Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato prima del sopravvenire dello stato di Inabilità Temporanea Totale o di Disoccupazione.
- **Parti:** congiuntamente il Contraente e la Compagnia.
- **Perdita di Impiego:** 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:** il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative per Malattia Grave, Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale da Malattia non sono efficaci**.**
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** il periodo di tempo successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi l'Inabilità Temporanea Totale indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale.
- **Piano di Ammortamento Originario:** il piano di ammortamento del Finanziamento calcolato in base all'importo finanziato, alla durata e al tasso stabilito alla data di sottoscrizione del Contratto di Finanziamento.
- **Polizza Convenzione:** ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione sottoscritto dal Cliente, dovuta alla Società a fronte della copertura assicurativa.
- **Premio Puro:** il Premio al netto delle imposte e della quota parte di Premio percepita dal Contraente.
- **Rata Mensile:** il pagamento periodico che il titolare del Finanziamento effettua al fine di restituire l'importo finanziato, comprensivo di quota capitale e quota interessi.
- **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 Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **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.
- **Valore di Riscatto**: il prezzo finale di acquisto del veicolo che il Cliente dovrà pagare al termine del contratto di locazione finanziaria (leasing).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – Che cosa è assicurato?

CPI multirischi dipendenti privati (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA, ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

COPERTURA	Operante per
▪ **CASO MORTE**	tutti gli Assicurati in tutti i paesi del mondo
▪ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%	tutti gli Assicurati
▪ **MALATTIA GRAVE**	tutti gli Assicurati
▪ **PERDITA DI IMPIEGO**	coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato sono Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 71 anni compiuti con contratto di lavoro regolato dalla legge italiana
▪ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**	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; ✓ hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.

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; oppure hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana
PERDITA DI IMPIEGO	✔	**No**
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	**No**	✔

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. 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

(operante per tutti gli Assicurati)

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. 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, in base alla tipologia di Finanziamento sottoscritto dal Cliente, la Compagnia paga al Beneficiario:

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

In entrambi i casi, **l'indennizzo corrisposto al Beneficiario verrà raddoppiato in caso di Morte conseguente ad Infortunio.**

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

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 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, 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. 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 al Decreto Ministeriale – Ministero della Sanità 05/02/1992 (Tabelle INPS).

In caso di Invalidità Totale e Permanente, la Compagnia paga al Beneficiario:

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

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

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, prima che la 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**.

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

ART. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE

Nel caso di Malattia Grave dell'Assicurato, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il caso Malattia Grave 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 Clark.** 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 by-pass 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 la Compagnia paga al Beneficiario:

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

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni quindi 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 finanziamento e non può inoltre eccedere il massimale di Euro 100.000,00 anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo al medesimo Assicurato.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato la Malattia Grave, prima che la Compagnia 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 Compagnia pagherà l'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 = € 40.000,00
Debito Residuo comprensivo di Maxi Rata Finale alla data del sinistro = € 30.000,00

prestazione assicurativa = € 30.000,00

Se la Morte è avvenuta a causa di un incidente stradale la prestazione assicurativa è pari a € 60.000,00

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 siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 71 anni compiuti, che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana)

Nel caso di Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il Caso Perdita di Impiego 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;
4. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente, **è successiva alle ore 24 del termine del Periodo di Carenza di 90 giorni che decorre dall'adesione alla Polizza Convenzione.**

Art. 1.4.1. Indennizzo per il caso Perdita di Impiego

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale deriva la Perdita di Impiego dell'Assicurato, in base alla tipologia di Finanziamento sottoscritto dal Cliente, 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:

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

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 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 1.500,00**;
Massimale per Sinistro	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia 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 Compagnia 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.

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 e denuncia il Sinistro alla Compagnia.

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 Compagnia, trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi dalla data della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente (Periodo di Franchigia Assoluta),** la Compagnia eroga ogni mese l'Indennizzo, che non può superare Euro 1.500,00.
Per poter erogare gli indennizzi successivi al primo è necessario che l'Assicurato dimostri alla Compagnia 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 finanziamento: 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 finanziamento 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 Compagnia 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 Riqualificazione**).

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

ART. 1.5. 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. l'Assicurato o i suoi aventi causa hanno adempiuto agli oneri di cui agli artt. 5 e 6.

ATTENZIONE: la copertura è operante 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, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età superiore a 71 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.

1.5.1. 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, in base alla tipologia di Finanziamento sottoscritto dal Cliente, la Compagnia paga al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Relativa di 30 giorni**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione:

- in caso di Contratto di Finanziamento rateale una somma pari all'ammontare delle rate mensili in scadenza durante tale periodo comprensive di capitale e interessi, **con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.),** dovuta dal Cliente al Contraente in tale periodo secondo il piano di rimborso

in essere al momento del Sinistro, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari alle rate mensili comprensive di capitale e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F), che il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro; o

- in caso di locazione finanziaria (leasing), l'indennizzo ammonta a una somma pari all'ammontare dei canoni mensili dovuti dal Cliente al Contraente secondo il piano di rimborso in essere al momento del Sinistro con esclusione del Valore di Riscatto.

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.

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. 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 <u>mensile</u>	- per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 1.500,00**;
Massimale <u>per Sinistro</u>	- 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 <u>globale</u>	- 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.

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 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 al momento dell'adesione era un Lavoratore Dipendente di Ente Privato, durante il periodo di validità della polizza cambia lavoro e diventa un Lavoratore Autonomo. Subisce quindi un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 6 mesi e denuncia il Sinistro alla Compagnia trasmettendo la documentazione completa.
Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Relativa)**, la Compagnia eroga ogni mese l'Indennizzo che non può superare Euro 1.500,00.

Per poter erogare gli indennizzi successivi al sesto, 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 Disoccupazione e di Inabilità Temporanea Totale indennizzati 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 Perdita di Impiego o per Inabilità Temporanea Totale.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	è il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Malattia Grave, Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale da Malattia non operano. Ciò significa che: la Perdita di Impiego verificatasi nei primi 90 giorni di decorrenza della Polizza Convenzione non verrà mai indennizzata dalla Compagnia; la Malattia Grave e l'Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia verificatasi nei primi 30 giorni di decorrenza della Polizza Convenzione non verranno mai indennizzate dalla Compagnia.
Cosa si intende per 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?	è il periodo di tempo per il quale deve protrarsi l'Inabilità Temporanea Totale indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinchè l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

ART. 1.6. 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 Compagnia la modifica della suddetta posizione lavorativa e la Compagnia, 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 Compagnia 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 Compagnia sarà sempre quella corrispondente alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro.

ART. 2 – Come aderire alla Polizza Convenzione?

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 Finanziamento** e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed età alla scadenza non superiore a 80 anni compiuti;

4. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato avente contratto regolato dalla legge italiana.

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

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

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti nel presente articolo.

2.3. 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.

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 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 – 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 dell'Assicurato se avvenuto nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza.**

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I CASI DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, MALATTIA GRAVE 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 (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 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 PER I CASI DI 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 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.**

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

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

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, Malattia Grave 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 – Che obblighi ho come Assicurato?

Quali obblighi ha l'Assicurato?	
- pagare il Premio convenuto con la Compagnia, nelle modalità e nella misura prevista dall'art. 10 delle presenti condizioni di assicurazioni e indicato nel Modulo di Adesione;	
- 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. 9 delle presenti condizioni di assicurazione.	

ART. 6 – Cosa fare in caso di Sinistro?

6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto al Contraente compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro che potrà essere richiesto a 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.

Per informazioni sul Sinistro, l'Assicurato potrà rivolgersi al seguente numero telefonico: Tel. 011 4488 203.

6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Perdita di Impiego o 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, 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 medesime 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 MALATTIA GRAVE

- copia di un documento di identità valido 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

6.5.4 PERDITA DI IMPIEGO

- 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 delle ultime due buste paga;
- copia della DID (dichiarazione di immediata disponibilità) rilasciata al Centro per l'impiego;
- scheda anagrafica professionale rilasciata dal Centro per l'impiego indicante lo stato di disoccupazione;

6.5.5 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;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del sinistro.

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 (Malattia Grave, Perdita di Impiego, 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.
Sono informazioni false, inesatte o reticenti rilevanti per la assunzione del rischio, ad esempio, le informazioni non complete sul proprio stato lavorativo.

ART. 10 – Pagamento del Premio

Quando e come devo pagare il premio?
Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento di un **Premio unico** e anticipato corrisposto dal Contraente per conto del Cliente, comprensivo delle eventuali imposte, il cui importo è indicato del Modulo di Adesione.

Il Premio è a carico del Cliente il quale ha l'obbligo di rimborsarlo al Contraente mediante il Contratto di Finanziamento cui la Polizza Convenzione e la singola adesione del Cliente sono connessi.

Il Premio unico è calcolato come segue:
0,120% dell'importo del finanziamento moltiplicato per ogni mese di durata del Contratto di Finanziamento (inclusa Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro se presente).

Si specifica che il tasso lordo di Premio è così composto:
0,02495% per il caso Morte
0,01020% per il caso Invalidità Totale Permanente
0,00719% per il caso Malattia Grave
0,07402% per il caso Perdita d'Impiego
0,00364% per il caso Inabilità Temporanea Totale

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:

- 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:

Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

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

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

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

dove:

Pr = quota parte del Premio Puro unico relativa alle garanzie di rata
Pc = quota parte del Premio Puro unico relativa alle garanzie di capitale
Cg = quota parte del Premio unico relativa ai costi per la gestione della Polizza Convenzione percepita dal Contraente
Dr = debito residuo alla data dell'estinzione
Di = debito iniziale del finanziamento
N = durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)
K = numero di mesi trascorsi dalla sottoscrizione
(N - K) = durata residua

ATTENZIONE: la 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.

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

Premio	Pr	Pc
0,120%	64,72%	35,28%

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

- Finanziamento: € 10.000,00, durata pari a 48 mesi, tasso di interesse (TAN) 5%
- capitale assicurato: € 10.000,00
- estinzione integrale anticipata avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione
- debito residuo dopo 24 mesi: € 5.249,27
- Premio lordo all'adesione € 576,00
- Premio netto all'adesione € 564,87 di cui
  - Premio Puro: € 223,12
  - Parte relativa ai costi di gestione della Polizza Convenzione: € 341,75

- Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

$$P = (223{,}12 \times 64{,}72\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} + (223{,}12 \times 35{,}28\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} \times \frac{5.249{,}27}{10.000} = 92{,}86$$

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

$$C = (341{,}75) \times \frac{(48 - 24)}{48} = 170{,}87$$

- Importo dovuto pari a:

P + C - spese amministrative = € 92,86 + € 170,87 - € 25 = € 238,73

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.

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

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

rimborso premio parziale: $(P + C) \times \frac{\mathrm{Qe}}{Dr}$

dove:
(P + C) = importo dovuto in caso di estinzione integrale anticipata al netto di eventuali estinzioni anticipate parziali avvenute in precedenza
Qe = quota capitale estinta
Dr = debito residuo alla data dell'estinzione

Esempio:
Di seguito si riporta un esempio di **estinzione parziale anticipata** ricavato sulla base del precedente risultato che tiene conto dei seguenti parametri aggiuntivi:

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

Importo dovuto pari a:

$(\mathrm{P} + \mathrm{C})\ \mathrm{x}\ \left(\frac{\mathrm{Qe}}{\mathrm{Dr}}\right) - \text{spese amministrative} =$

(92,86 + 170,87) × € 2.000/€ 5.249,27 – 25€ = € 75,48

ATTENZIONE: *il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative*

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

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

Cg* = Cg x [1 - (Qe / Dr)]
Pr* = Pr x [1 - (Qe / Dr)]
Pc* = Pc x [1 - (Qe / Dr)]
Di* = Di x [1 - (Qe / Dr)]

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 (la "**Data di Decorrenza**") in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:

1) Il Modulo di Adesione è stato sottoscritto;

2) l'importo del Finanziamento è stato erogato;
3) è stato corrisposto il Premio.

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) in caso di risoluzione anticipata Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato o in caso di rinegoziazione dello stesso.
(v) al raggiungimento da parte dell'Assicurato dell'80esimo anno di età compiuto (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 71esimo anno di età 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);
(vi) al pagamento dell'Indennizzo per Morte Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave.

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 anticipata integrale.

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. Nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

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

ART. 13 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla Polizza Convenzione sono a carico dell'Assicurato, 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 L'Assicurato può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione alla Compagnia e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.
La comunicazione di recesso deve essere inviata mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite e-mail:

- al Contraente **CA Auto Bank S.p.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

- 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)

Per informazioni sul recesso, l'Assicurato potrà rivolgersi al seguente numero: Tel. 011 4488 203

17.2 Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione. 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 È altresì previsto che l'Assicurato 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 all'Assicurato 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 relativi al comportamento del 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.
- 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.**

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 dac - 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 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 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.