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 protezione mutuo a premio ricorrente" (cod. 2026/03)

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

Che tipo di assicurazione è?

CPI Multirischi protezione mutuo a premio ricorrente è una polizza collettiva accessoria al finanziamento che prevede un indennizzo calcolato sul debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave o sulle rate mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al Debito Residuo del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato indicato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento.

✓ Malattia Grave: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al Debito Residuo del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento.

✓ Inabilità Temporanea Totale: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari alle Rate Mensili del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento.

✓ Ricovero Ospedaliero: la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari alle Rate Mensili del finanziamento moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della polizza e l'importo dovuto dall'Assicurato ai sensi del Piano di Ammortamento Originario del finanziamento.

Per ciascuna copertura, la Società indennizza i danni fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva.

Che cosa non è assicurato?

✗ Invalidità Totale Permanente: non è assicurata l'Invalidità Totale Permanente inferiore al 60%;

✗ Malattia Grave: non sono assicurate le Malattie Gravi differenti da quelle espressamente previste dalle condizioni di assicurazione.

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;

! Alcolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope, psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;

! Partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra.

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

! Infortuni o Malattie già in essere alla Data di Decorrenza della polizza e già diagnosticate nei 30 giorni successivi;

! Infortuni o Malattie derivanti da atti di autolesionismo;

! Infortuni o Malattie derivanti da interventi di carattere estetico;

! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;

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

! Eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

! Gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;

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

Dove vale la copertura?

Le coperture valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano o comunque correttamente tradotta.

Che obblighi ho?

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

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

Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo a frazionamento mensile e viene versato mensilmente dall'Assicurato per il tramite del Contraente al momento dell'adesione alla polizza collettiva e così per le successive proroghe annuali.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può dare disdetta entro 60 giorni dalla scadenza annuale della polizza. Tramite la comunicazione di disdetta, l'Assicurato impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.
Inoltre, l'Assicurato può recedere dall'adesione alla polizza collettiva entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative ed il Sinistro è in corso di valutazione.

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Impresa: CACI Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. Ivass I.00082)

Prodotto: "CPI Multirischi protezione mutuo a premio ricorrente" (cod. 2026/03)
Il presente DIP Vita è aggiornato al 13/04/2026 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 protezione mutuo a premio ricorrente è una polizza collettiva accessoria al finanziamento che prevede un indennizzo calcolato sul debito residuo in caso di decesso

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte

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

La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva. In ogni caso, l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà comunque eccedere il massimale di Euro 2.600.000,00

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Nessun Indennizzo Caso Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia già corrisposto importi a titolo di Indennizzo per 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;
- ! Alcolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope, psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- ! Partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra.

Dalla copertura Caso Morte sono inoltre esclusi:

- ! Malattie, malformazioni, stati patologici, lesioni già in essere alla Data di Decorrenza della polizza e già diagnosticate nei 30 giorni successivi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- ! suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
- ! incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo deltaplani, ultraleggeri, parapendio.

Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa per il Caso Morte vale per il Sinistro verificatosi in qualsiasi parte del mondo, purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano o comunque correttamente tradotta.

Che obblighi ho?

– Pagare il Premio convenuto con la Società;
– Gli aventi causa devono denunciare tempestivamente il Sinistro;
– Trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società. In particolare, i Beneficiari devono trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo dal medico curante;
- verbale di Pronto Soccorso e lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;

- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato il decesso (in caso di malattia);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4);
- in caso di morte violenta, copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia di eventuale referto autoptico.

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere.

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

Quando e come devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

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

La polizza collettiva non prevede la possibilità per l'Assicurato di revocare la proposta, nè di risolvere il contratto.

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

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

***Prodotto : «CPI Multirischi protezione mutuo a premio ricorrente»* (cod. 2026/03)**

Il presente DIP aggiuntivo Multirischi è aggiornato al 13/04/2026 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 3661 7200; sito internet www.ca-caci.it; e-mail Admin.it@ca-caci.it. 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 3661 7200 E-mail: Admin.it@ca-caci.it.

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 = €140.138.240,00; Risultato economico di periodo = €64.516.764,00; Caci Non-life dac: Patrimonio netto = €73.191.040,00; Risultato economico di periodo = €68.727.171,00. Con riferimento alla situazione di solvibilità delle imprese, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari a 235,1% per Caci Life dac; 213,8% 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, in ogni caso, non potrà eccedere il massimale di Euro 2.600.000,00;
- Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 3.000,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 24 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

RAMO DANNI:

Ad integrazione di quanto previsto nel DIP Danni, si segnala la sussistenza delle seguenti franchigie:

- Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni (franchigia assoluta).
- Franchigia per la copertura Ricovero Ospedaliero: 2 giorni (franchigia relativa).

A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto all'aderente persona fisica con residenza valutaria in Italia, intestatario di Contratto di Finanziamento erogato da Crédit Agricole Italia S.p.a. con età compresa tra 18-66 anni non compiuti alla Data di Decorrenza della polizza ed età alla scadenza non superiore a 78 anni, che al momento della Sottoscrizione del Modulo di Adesione sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Non Lavoratore o dipendente di ente privato avente un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana, o un'anzianità lavorativa inferiore a 12 mesi, o alle dipendenze di parenti e/o affini.

Quali costi devo sostenere?

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

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. Per la parte di Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di decorrenza della polizza e corresponsione del Premio unico. Per i premi annui, la detrazione potrà essere effettuata in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di corresponsione del Premio di proroga. • **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-2016-10-43-295-1 (CACI Life dac) e n. N-2016-10-43-295-1 (CACI Non-Life dac) denominate "CPI Multirischi protezione mutuo a premio ricorrente" stipulate tra CRÉDIT AGRICOLE ITALIA S.p.A. e le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia

La presente polizza assicurativa è accessoria al finanziamento

(aggiornamento al 13/04/2026. Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida ANIA per contratti chiari e comprensibili)

(cod.2026/03)

INDICE

Presentazione 2
Glossario: un elenco di definizioni 3
Condizioni di Assicurazione 6
ART. 1 – Che cosa è assicurato? 6
ART. 2 – Come aderire alla polizza convenzione? 11
ART. 3 – Che cosa non è assicurato? 12
ART. 4 – Dove vale la copertura? 13
ART. 5 – Che obblighi ho come assicurato? 14
ART. 6 – Cosa fare in caso di sinistro? 14
Condizioni di assicurazione: altre disposizioni che regolano la Polizza Convenzione 16
ART. 7 – Prescrizione 16
ART. 8 – Pagamento dell'indennizzo 16
ART. 9 – Dichiarazioni false, inesatte e reticenti 16
ART. 10 – Pagamento del premio 16
ART. 11 – Estinzione integrale e parziale anticipata o accollo del mutuo 17
ART. 12 – Quando comincia la copertura e quando finisce? 18
ART. 13 – Oneri fiscali 18
ART. 14 – Modifiche della polizza 18
ART. 15 – Rinvio alle norme di legge 18
ART. 16 – Altre assicurazioni 18
ART. 17 – Come recedere? 18
ART. 18 – Come dare disdetta dalle coperture? 19
ART. 19 – Diritto di surroga 19
ART. 20 – Riscatto e riduzione 19
ART. 21 – Comunicazioni e reclami 19
ART. 22 – Arbitro Assicurativo, negoziazione, mediazione e risoluzione delle controversie 20
ART. 23 – Cessione dei diritti 20
ART. 24 – Controversie di natura medica 21
ART. 25 – Sanzioni internazionali 21
"Tutela privacy" informativa sul trattamento dei dati personali 22

PRESENTAZIONE

CPI Multirischi protezione mutuo a premio ricorrente è una **polizza collettiva accessoria al finanziamento** che fornisce una copertura assicurativa **a tutti gli assicurati** in caso di **morte**, **invalidità totale permanente**, **malattia grave, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero**.

Nel caso di **morte**, **invalidità totale permanente di grado pari o superiore al 60%, secondo le Tabelle INAIL**, **malattia grave** l'indennizzo viene calcolato sul debito residuo del finanziamento al momento del verificarsi del sinistro.
Nel caso di **inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero**, invece, l'indennizzo viene calcolato sulle rate mensili del finanziamento in scadenza durante il periodo successivo al verificarsi del sinistro.

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 presente Polizza Convenzione.
- **Beneficiario:** l'Assicurato per le coperture Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale, e Ricovero Ospedaliero. Per la copertura assicurativa per il caso Morte, i Beneficiari sono i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Cliente (o Aderente):** qualunque persona fisica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento e aderito alla Polizza Convenzione.
- **Compagnia (Assicuratore, Impresa o Società):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, si intende CACI Life dac; in relazione all'adesione alle coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero si intende CACI Non-Life dac.
- **Contraente:** Crédit Agricole Italia S.p.A. che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** il contratto di mutuo ipotecario o chirografario sottoscritto tra il Contraente e il Cliente.
- **Data di Decorrenza:** la data, specificata nel Modulo di Adesione, dalla quale la Polizza Convenzione ha effetto, a condizione che:
    1. l'adesione alla Polizza Convenzione si sia perfezionata secondo quanto previsto dalla medesima Polizza Convenzione;
    2. l'importo di cui al Contratto di Finanziamento sia stato erogato;
    3. sia stato pagato il Premio.
- **Debito Residuo:** il capitale erogato dal Contraente ai sensi del Contratto di Finanziamento e che l'Assicurato deve ancora restituire al momento del verificarsi del Sinistro, come risultante dal Piano di Ammortamento Originario.
  Nei casi in cui siano intervenute estinzioni parziali anticipate che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, "Debito Residuo" indica il capitale erogato dal Contraente ai sensi del Contratto di Finanziamento e che l'Assicurato deve ancora restituire al momento del verificarsi del Sinistro, come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, moltiplicato per il rapporto tra il debito residuo al netto della quota di capitale estinta e il debito residuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario alla data dell'estinzione parziale anticipata.
- **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.
- **DIP Danni:** il documento informativo di base per i prodotti del ramo danni (acronimo di Documento Informativo Precontrattuale).
- **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.
- **Firma Digitale:** è un particolare tipo di firma elettronica avanzata, equivalente alla tradizionale firma autografa su documento cartaceo, che consente al titolare di firma elettronica 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.
- **Inabilità Temporanea Totale:** la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'Assicurato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni della vita quotidiana.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia a favore del Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
  Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'assideramento o il congelamento;
4. i colpi di sole o di calore;
5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, eccetto la malaria e le malattie tropicali;
8. l'annegamento.

- **Invalidità Totale Permanente:** indica il caso in cui l'Assicurato, 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 esclusivamente nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, così come modificato dal D.M. 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui al D.M. – 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 Convenzione nella quale:
  - l'ammontare dei redditi da lavoro autonomo risulti preponderante rispetto ai redditi da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata)
  - sia denunciato almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, redditi derivanti dall'utilizzazione economica di opere d'ingegno o brevetti, redditi derivanti da attività commerciali non esercitate abitualmente, redditi derivanti da attività di lavoro autonomo anche non esercitate abitualmente;

  e a condizione che la persona fisica continui a svolgere al momento della Sottoscrizione e durante la vigenza della presente Polizza Convenzione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono comunque considerati Lavoratori Autonomi le seguenti figure previste dai contratti di lavoro: i "collaboratori coordinati continuativi" occasionali e non occasionali, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di "Staff Leasing", gli amministratori, i sindaci e i revisori di società di capitali, gli associati in partecipazione, i lavoratori autonomi occasionali e gli agenti e/o rappresentanti.
- **Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico:** la persona fisica che svolga 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 pagati 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.
- **Morte:** il decesso dell'Assicurato.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo il personale in quiescenza lavorativa, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento, studenti. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.
- **Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato prima del sopravvenire dello stato di Inabilità Temporanea Totale e di Ricovero Ospedaliero.
- **Parti:** congiuntamente il Contraente e la Compagnia.
- **Periodo di Carenza:** il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero dovuti a Malattia, non sono efficaci.

- **Periodo di Franchigia Assoluta:** il periodo di tempo successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabillità Temporanea Totale durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene pagato alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve continuare il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero indennizzati ai termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero.
- **Piano di Ammortamento Originario:** è il piano di ammortamento del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, allegato al Modulo di Adesione consegnato all'aderente dal Contraente
- **Polizza Convenzione:** ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Compagnia e il Contraente.
- **Premio:** la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione, dovuta alla Compagnia a fronte dell'adesione alla Polizza Convenzione.
- **Rata Mensile:** il pagamento periodico effettuato dal titolare del Contratto di Finanziamento al fine della restituzione dell'importo del mutuo, comprensivo di quota capitale e quota interessi, come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato. In tali casi, indica il pagamento periodico effettuato dal titolare del Contratto di Finanziamento al fine della restituzione dell'importo del mutuo, comprensivo di quota capitale e quota interessi, come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, moltiplicato per il rapporto tra il debito residuo al netto della quota di capitale estinta e il debito residuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario alla data dell'estinzione parziale anticipata.
- **Ricovero Ospedaliero:** la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Set Informativo:** l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente al Cliente prima della Sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è composto da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** l'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Sottoscrizione**: l'apposizione di una Firma Digitale o di una tradizionale firma autografa con cui si aderisce alla presente Polizza Convenzione.
- **Tabelle INAIL:** le disposizioni contenute nel Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, così come modificato dal D.M. 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – Che cosa è assicurato?

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

▪ **CASO MORTE**
▪ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60% secondo le Tabelle INAIL
▪ **MALATTIA GRAVE**
▪ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**
▪ **RICOVERO OSPEDALIERO**

ATTENZIONE: le coperture assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione sono offerte congiuntamente dagli Assicuratori 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
Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.1.1., se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

Art. 1.1.1. INDENNIZZO PER IL CASO MORTE
In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Compagnia paga al Beneficiario un importo pari al Debito Residuo moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario. Da tale importo **sarà dedotto l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse (in quanto non indennizzibali ai sensi della Polizza Convenzione).**

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del Debito Residuo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, anche in caso di Sinistro occorso a più Assicurati cointestatari del Contratto di Finanziamento.
L'Indennizzo non può inoltre eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

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

Art. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE
Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca una Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, la 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, durante il periodo di efficacia della copertura, 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% delle Tabelle INAIL.

ATTENZIONE: nello stabilire il grado di Invalidità Totale Permanente viene ESCLUSA qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 05/02/1992 (Tabelle INPS).

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

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del Debito Residuo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, anche in caso di Sinistro occorso a più Assicurati cointestatari del Contratto di Finanziamento.
L'Indennizzo non può inoltre eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, prima che la 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 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 dell'Assicurato, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un importo pari al Debito Residuo moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario. **Da tale importo sarà dedotto l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse (in quanto non indennizzabile 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 mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, anche in caso di Sinistro occorso a più Assicurati cointestatari del Contratto di Finanziamento.
L'Indennizzo non può inoltre eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato la Malattia Grave, prima che la 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 = € 200.000,00
capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione= € 150.000,00
Debito Residuo alla data del sinistro = € 100.000,00

prestazione assicurativa = € 100.000,00 x € 150.000,00 / € 200.000,00 = **€ 75.000,00**

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

Art. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO 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.

1.4.1. INDENNIZZO PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca un'Inabilità Temporanea Totale, accertata in sede medica, che impedisca di a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, la Compagnia paga al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni**, un importo pari all'ammontare delle Rate Mensili (o di diverso frazionamento)

in scadenza durante tale periodo, moltiplicato per il rapporto fra il capitale assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e l'importo dovuto al Contraente a tale data ai sensi del Piano di Ammortamento Originario e così per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro e nei limiti dei **massimali** previsti nel presente articolo.
Nel caso in cui le rate non siano frazionate su base mensile, il valore mensile su cui calcolare l'indennizzo sarà pari al rapporto tra la somma delle rate dovute nel corso dell'anno e 12, ferme le modalità di computo e i limiti già previsti.

Solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e non si applica per le annualità successive, in caso di proroga annuale del contratto, pertanto, la data di attestazione dell'Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

La copertura **Inabilità Temporanea Totale** prevede i seguenti **massimali**:

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

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

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

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

Esempio:

L'Assicurato che, subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 6 mesi, denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.
Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga ogni mese l'Indennizzo che non può superare Euro 3.000,00.
Per poter erogare gli indennizzi successivi al quinto è necessario che l'Assicurato dimostri alla Società il perdurare dello stato di Inabilità fornendo la relativa documentazione medica. La Società, per lo stesso evento erogherà fino ad un massimo di 24 indennizzi.
Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato sta bene e torna a svolgere la sua normale attività lavorativa, il Sinistro quindi è chiuso e la Società non eroga più l'Indennizzo mensile ma, dopo 20 giorni subisce un nuovo infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

La successiva prestazione assicurativa per Inabilità Temporanea Totale risulta dovuta?
NO, in quanto l'Assicurato non è tornato a svolgere la sua normale attività lavorativa per 30 giorni consecutivi prima di denunciare un nuovo sinistro per Inabilità Temporanea Totale. (**Periodo di Riqualificazione**).

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

ART. 1.5. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato subisca un Ricovero Ospedaliero, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il Caso di Ricovero Ospedaliero se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

ART. 1.5.1. INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

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

Solo in caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che ha inizio dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione e non si applica per le annualità successive, in caso di proroga annuale del contratto.
Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero, riportata nella relativa documentazione medica, deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, fermi i massimali sotto riportati, sarà liquidato solo se l'Assicurato è stato ricoverato per almeno 2 giorni e sarà liquidato al passaggio della rata mensile. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

La copertura **Ricovero Ospedaliero** prevede i seguenti **massimali**:	
Indennizzo mensile	- per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 3.000,00**;
Massimale per sinistro	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero per lo stesso Sinistro è di **n. 24 Indennizzi mensili**;
Massimale globale	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero è di **n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa**.

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

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

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

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?	Il Periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale e di Ricovero Ospedaliero 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 rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione durante il quale le coperture per Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero dovuti a Malattia non operano. Ciò significa che le coperture Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero dovute a Malattia verificatasi nei primi 30 giorni di decorrenza della Polizza Convenzione non verranno mai indennizzate dalla Compagnia.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?	Il Periodo di Franchigia Assoluta è il periodo di tempo successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Relativa?	Il Periodo di Franchigia Relativa è il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinchè l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo

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 Contratto di Finanziamento** erogato da Crédit Agricole Italia S.p.A. e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 66 anni non compiuti** alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione ed età alla scadenza non superiore a 78 anni compiuti;
4. al momento della Sottoscrizione del Modulo di Adesione, sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Non Lavoratore o dipendente di ente privato avente un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana, o un'anzianità lavorativa inferiore a 12 mesi, o alle dipendenze di parenti e/o affini.

2.2 In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo 2.1.:

(i) **Per le coperture assicurative di importo fino ad Euro 300.000,00**, al momento della Sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà fornire risposta negativa a tutte le domande presenti nel questionario sanitario, che costituisce parte integrante del presente contratto di assicurazione. In caso di risposta affermativa ad una o più domande del suddetto questionario, l'Assicurato, dovrà trasmettere alla Compagnia il questionario medico autocertificato compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.

(ii) **Per le coperture assicurative di importo superiore a Euro 300.000,00** dovrà essere trasmesso alla Compagnia il rapporto di visita medica compilato e sottoscritto dall'Assicurato e dal medico di sua fiducia. In aggiunta al rapporto di visita medica l'Assicurato dovrà anche trasmettere l'ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriori documenti, se necessari, per la valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

2.3 Per importi superiori a Euro 300.000,00 e per i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire le risposte al questionario che attesta la sua buona salute, l'Assicurato potrà aderire alla Polizza Convenzione soltanto dopo che la Compagnia abbia espresso il proprio preventivo consenso.
È in ogni caso tutelato l'esercizio del Diritto all'Oblio Oncologico da parte dell'Assicurato.

2.4 Si precisa che, al momento della Sottoscrizione del Modulo di Adesione, possono aderire in relazione al medesimo Contratto di Finanziamento, fino ad un massimo di 4 cointestatari del Contratto di Finanziamento. La somma assicurata potrà essere uguale o differente per ogni singolo cointestatario del Contratto di Finanziamento che aderisce alla Polizza Convenzione e non potrà superare l'importo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento. **La somma assicurata verrà calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa che non potrà superare il 100% del valore del finanziamento per l'insieme dei cointestatari. Resta inteso che la somma dei capitali iniziali assicurati per ogni cointestatario del finanziamento e per Contratto di Finanziamento non potrà superare € 2.600.000,00**.

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

ATTENZIONE: La Polizza Convenzione avrà effetto dalla Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Adesione e non dalla data di Sottoscrizione di quest'ultimo, se non coincidenti. Nessun Indennizzo risulterà dovuto all'Assicurato per eventi occorsi tra la data di Sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, se non coincidenti.

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 3 – 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 Società non corrisponderà alcun Indennizzo.

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. **dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;**
2. **atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
3. **malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;**
4. **alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope, psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;**
5. **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.**

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO MORTE

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

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

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I CASI DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, MALATTIA GRAVE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE E RICOVERO OSPEDALIERO

1. **Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);**
2. **gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;**
3. **eventi determinati o correlati ad infermità mentale;**
4. **trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;**
5. **mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate dopo la stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);**
6. **Infortuni causati da:**

✓ **Pratica dei seguenti sport in generale:**
- **paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;**
- **partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;**
- **guida di natanti a motore per uso non privato;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o 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 operante 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**.
- ai Sinistri determinati da **stato di guerra, conflitti armati o da insurrezione popolare** per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi come civie mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paesi sino ad allora in pace, sempre a condizione che lo stesso Assicurato non prenda parte attiva alle ostilità, conflitto o insurrezione.

ART. 4 – DOVE VALE LA COPERTURA?

Le coperture assicurative valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano o comunque correttamente tradotta.

ATTENZIONE: in caso di traduzione fornita dall'Assicurato o dagli aventi causa, resta a carico di questi ultimi la responsabilità della correttezza del contenuto tradotto.

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. Viene in ogni caso tutelato il Diritto all'Oblio Oncologico.	

ART. 6 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne comunicazione scritta alla Compagnia compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro.

6.2 La denuncia Sinistro, insieme alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5 dovrà essere trasmessa alla Compagnia con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a:

CACI Life dac e CACI Non-Life dac
Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

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

6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato sarà tenuto, oltre che ad inviare alla Compagnia la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., ad inviare alla Compagnia la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 6.2.

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

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

6.5.1 CASO MORTE

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

- verbale di Pronto Soccorso e lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato il decesso (in caso di malattia);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4).

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

6.5.2 INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo dal medico curante;
- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'invalidità totale permanente, il suo grado e la causa;
- verbale di Pronto Soccorso e lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato l'invalidità: (es. lettera di dimissione ospedaliera, referto istologico, referti visite specialistiche).

6.5.3 MALATTIA GRAVE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo dal medico curante;
- copia del referto istologico (se presente);
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato la Malattia Grave.

6.5.4 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

6.5.5 RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento d'identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- lettera di dimissione da cui risulti diagnosi e periodo di degenza, o se l'Assicurato è ancora ricoverato, copia del certificato di ricovero;
- i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

ATTENZIONE: se necessario, la 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. Viene in ogni caso tutelato il Diritto all'Oblio Oncologico.

6.6 La documentazione o le informazioni di qualsiasi natura, richieste o comunque trasmesse in caso di Sinistro, non potranno in nessun caso limitare o compromettere l'esercizio del Diritto all'Oblio Oncologico da parte dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ALTRE DISPOSIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA CONVENZIONE

ART. 7 – PRESCRIZIONE

Secondo quanto previsto dall'art. 2952, comma 2, cod. civ., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.
In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri relativi alle coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero) 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 E 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 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 le mensilità di Premio pagate e non godute calcolate alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato. È tutelato in ogni caso l'esercizio del Diritto all'Oblio Oncologico da parte dell'Assicurato

ATTENZIONE: le informazioni false, inesatte e reticenti, anche se comunicate dall'Assicurato senza intenzione di far cadere in errore la Società circa la valutazione del rischio (dolo) o grave negligenza (colpa grave), possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Tale disposizione non si applica per le informazioni coperte dal Diritto all'Oblio Oncologico, nel caso in cui l'Assicurato abbia esercitato tale diritto.

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 di salute o sul proprio stato lavorativo o la mancata comunicazione dell'esistenza di malattie pregresse rispetto alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione.

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Quando e come devo pagare il premio?

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento da parte dell'Assicurato di un **Premio annuo a frazionamento mensile**, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.
Il Premio è calcolato su base mensile moltiplicando il **tasso premio** pari a **0,06300%** per il capitale assicurato iniziale.

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

Tasso Premio Lordo	Componente vita	Componente danni
0,06300%	0,03500%	0,02800%

Il Premio verrà addebitato ogni mese in maniera automatica sul conto corrente dell'Assicurato aperto presso una banca che ha sede nell'Unione europea a partire dal momento dell'adesione alla Polizza Convenzione e così per le successive proroghe annuali.
Tale Premio resterà invariato ad ogni proroga annuale ad eccezione dei casi in cui siano intervenute in corso d'anno delle estinzioni parziali anticipate, in tali casi il Premio verrà conseguentemente riproporzionato. **È comunque fatta salva la facoltà della Compagnia di variare il Premio annuo. Tale facoltà può essere esercitata di anno in anno dalla Compangia solo se sono decorsi almeno 10 anni dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.**
Il nuovo Premio, che avrà decorrenza dalla successiva data di proroga annuale, sarà comunicato all'Assicurato ed al Contraente con un preavviso di almeno 120 giorni prima dalla data in cui verrà tale variazione.

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

Esempio di calcolo del Premio

capitale assicurato alla Data di Deccorrenza della Polizza Convenzione = € 80.000,00
Premio mensile = € 80.000,00 x 0,06300% = € 50,40

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

Sulla base della documentazione medica presentata dall'Assicurato in fase di adesione alla Polizza Convenzione, la Società si riserva la possibilità di applicare una maggiorazione sul Premio, previa comunicazione dell'importo del nuovo Premio e approvazione dello stesso da parte dell'Assicurato. Tale previsione non si applica alle informazioni in relazione alle quali l'Assicurato esercita il Diritto all'Oblio Oncologico.

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio, sono pari al 54,00%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.
Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili pari al 50%.
Se l'Assicurato non paga uno o più premi successivi al primo, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio annuo rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio non pagato, ferme restando le successive scadenze.
Decorsi 6 mesi dalla scadenza del Premio non pagato senza che l'Assicurato abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.

ART. 11 – ESTINZIONE INTEGRALE E PARZIALE ANTICIPATA O ACCOLLO DEL MUTUO

In caso di estinzione integrale anticipata o di accollo da parte di un terzo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia e le successive mensilità di Premio non verranno addebitate all'Assicurato.
In alternativa, la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, fornisce le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino all'originaria scadenza contrattuale in favore del Beneficiario, purchè l'Assicurato continui a corrispondere il Premio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.2 Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) alla data di estinzione anticipata integrale o di accollo da parte di un terzo del mutuo oggetto del Contratto di Finanziamento, salvo i casi di richiesta espressa per iscritto di mantenimento delle coperture assicurative fino all'originaria scadenza contrattuale; (iii) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 78esimo anno di età compiuto; (iv) al pagamento dell'Indennizzo per Morte, Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave.

Per quanto riguarda il punto (iii), la Polizza Convenzione resterà in vigore fino alla relativa scadenza annuale e non potrà essere ulteriormente prorogata.

ART. 13 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla Polizza Convenzione sono a carico dell'Assicurato, 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'aderente può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione scritta alla Compagnia e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:
- CACI Life dac e CACI Non-Life dac
Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)
e
- al Contraente mediante consegna alla **Agenzia/Filiale Crédit Agricole Italia S.p.A.** presso la quale è avvenuta l'adesione alla Polizza Convenzione.

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

ART. 18 – COME DARE DISDETTA DALLE COPERTURE?

L'Aderente, ad ogni scadenza annuale, può dare disdetta alla polizza.
La disdetta deve essere inviata entro 60 giorni dalla scadenza annuale
con le medesime modalità previste per l'invio della comunicazione di recesso.
Resta inteso che nei casi di disdetta della polizza, l'aderente non potrà aderire nuovamente alla presente Polizza Convenzione in relazione al medesimo Contratto di Finanziamento.

ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 20 – RISCATTO E RIDUZIONE

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

ART. 21 – COMUNICAZIONI E RECLAMI

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

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

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

oppure

CACI Life dac e CACI Non-Life dac
Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

E-mail: complaints@ca-caci.ie

21.2 Eventuali reclami riguardanti il Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto a:
Crédit Agricole Italia S.p.A.
Servizio Reclami
Via Università 1
43121 Parma
e-mail: reclami@credit-agricole.it

21.3 **Reclami indirizzati all'IVASS**.

Se l'esponente, nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, non ha ricevuto riscontro alla sua richiesta da parte della Società o del Contraente o non è completamente soddisfatto della risposta ricevuta, potrà inviare reclamo scritto all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA, o tramite fax al seguente numero 06.42133206 o tramite PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito dell'IVASS www.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

I reclami relativi all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo n. 209/2005) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del Codice del Consumo (Decreto Legislativo n. 206/2005), Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi possono essere presentati all'IVASS secondo le modalità sopra indicate.
Per qualsiasi controversia inerente alla quantificazione delle prestazioni assicurative è fatta salva in ogni caso la competenza dell'Autorità Giudiziaria.

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

ART. 22 – 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. 23 – 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. 24 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

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

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

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

ART. 25 – 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 Credit Agricole Italia S.p.A. - e dal medesimo trattati in qualità di Responsabile del Trattamento.

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

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

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

- l’istruzione del modulo di adesione, la conclusione, esecuzione e la gestione del contratto di assicurazione, compresa la gestione dei sinistri, dei reclami e delle liti nonché la lotta alle frodi. Il conferimento e il trattamento dei dati dell’interessato sono necessari 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 3 (tre) anni dalla data di conferimento dei dati.

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

- In ambito di lotta al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo: 10 (dieci) anni dalla cessazione del rapporto continuativo, della prestazione professionale o dall’esecuzione dell’operazione occasionale;
- con riferimento agli obblighi di conoscenza del cliente in relazione alla disciplina delle sanzioni internazionali: 6 (sei) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- in ambito di lotta alle frodi: 6 (sei) mesi dalle segnalazioni per quelle irrilevanti; per le segnalazioni rilevanti, invece, il periodo di conservazione dei dati è di 5 (cinque) anni dalla chiusura del fascicolo sulla frode o dal termine prescrizionale in caso di reato;
- in ambito di elaborazione commerciale e in assenza di un contratto: i dati elaborati possono essere conservati per un periodo di 3 (tre) anni dall’ultimo contatto infruttuoso.

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi con i quali il modulo di adesione è stato sottoscritto e, ove previsto, le compagnie di co-assicurazione, di riassicurazione, nonché le amministrazioni e le autorità giudiziarie preposte alla vigilanza delle prescrizioni normative e regolamentari rilevanti in materia (a titolo esemplificativo IVASS,

COVIP, CONSAP e le motorizzazioni). Possono essere destinatari dei Suoi dati medici, consulenti tecnici di parte e legali. Sono inoltre destinatarie dei dati le Compagnie e le società del Gruppo Crédit Agricole, che siano responsabili della gestione e la prevenzione dei rischi connessi alle operazioni (antiriciclaggio, valutazione del rischio) a beneficio di tutte le entità del gruppo nonché i subfornitori, i cui nominativi potranno essere conosciuti dall'interessato tramite specifica richiesta, da effettuarsi con le modalità di seguito indicate.

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

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

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

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

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