Assicurazione CPI Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Prodotto : "CPI Multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza)" (cod. 2026/02)

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

Che tipo di assicurazione è?

CPI multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza) è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave e le rate mensili in caso di Ricovero Ospedaliero. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonia vocale).

Che cosa è assicurato?

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

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

✓ Ricovero Ospedaliero: la Compagnia paga al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento o del leasing che il Cliente deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere al momento del Sinistro.

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

Che cosa non è assicurato?

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

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

Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia non eroga la prestazione in caso di:

! dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;

! atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;

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

! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

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

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

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

! trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;

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

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

! gli eventi causati da pratica dei seguenti sport in generale:

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

! gli eventi causati da pratica dei seguenti sport in competizione:

! partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

! gli eventi causati da pratica di sport a livello professionistico:

- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

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

Quando e come devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dal contratto entro il termine di 120 giorni a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui ha prestato telefonicamente il proprio consenso all'adesione dandone comunicazione scritta ad IdeaCall S.r.l., intermediario di cui si avvale CA Auto Bank S.p.A. per il collocamento dei prodotti tramite tecniche di comunicazione a distanza. L'Assicurato non può recedere se in tale periodo (120 giorni) ha denunciato un Sinistro e il Sinistro è in corso di valutazione.

È altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo, mediante comunicazione da inviare alla Compagnia e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

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

Prodotto: "*CPI Multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza)*" (cod. 2026/02)
Il presente DIP Vita è aggiornato al 10/02/2026 ed è l'ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

CPI Multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza) è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di decesso. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonia vocale).

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte
In caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia paga al Beneficiario un importo pari al debito residuo del finanziamento o del leasing che al momento del decesso il Cliente deve ancora corrispondere
Se il decesso è causato da Infortunio, la Compagnia paga al Beneficiario un importo pari al doppio del debito residuo del finanziamento o del leasing che al momento del decesso il Cliente deve ancora corrispondere.
La Compagnia indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva. In ogni caso, l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

La Compagnia non eroga la prestazione in caso di:
- ! Dolo dell'assicurato o del Beneficiario;
- ! atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

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

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

– Pagare il Premio convenuto con la Compagnia;
– gli aventi causa devono denunciare tempestivamente il Sinistro;
– trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Compagnia. In particolare, i beneficiari devono trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo dal medico curante;
- verbale di Pronto Soccorso o lettera di dimissione o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;

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

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

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

Quando e come devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

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

È altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo, mediante comunicazione da inviare alla Compagnia e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Il recesso è effettuato dandone comunicazione scritta ad IdeaCall S.r.l., intermediario di cui si avvale CA Auto Bank S.p.A. per il collocamento dei prodotti tramite tecniche di comunicazione a distanza.

La polizza collettiva non prevede la possibilità dell'Assicurato di revocare la proposta né di risolvere il contratto.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

***Prodotto :* «CPI Multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza)» (cod. 2026/02)**

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

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ramo Danni:

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

- **Invalidità Totale Permanente** e **Malattia Grave**: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00;
- **Ricovero Ospedaliero**: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia è obbligata ad effettuare è di n. 24 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

RAMO DANNI:
ad integrazione di quanto previsto nel DIP Danni, si segnala la seguente Franchigia:

- **Franchigia per la copertura Ricovero Ospedaliero: 2 giorni (Franchigia Relativa).**

A chi è rivolto questo prodotto ?

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

Quali costi devo sostenere?

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

- 15,50% costi di intermediazione.

Al raggiungimento di specifici criteri verranno riconosciute:

- 45,00% commissioni supplementari (rappel).

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per i reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei Sinistri rivolgersi a : CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia Casella Postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV). E-mail: complaints@ca-caci.ie Le Compagnie risponderanno nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (oltre il termine di 45 giorni previsto dalla normativa regolamentare), è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it L'aderente può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine delle Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

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

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

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

CRÉDIT AGRICOLE
CREDITOR INSURANCE

Gruppo Crédit Agricole S.A.

Condizioni di assicurazione

Polizze Collettive n. "L-2115-10-21-304-1" (CACI Life dac) e n. "N-2115-10-21-304-1" (CACI Non-Life dac) denominate CPI Multirischi protezione finanziamento per dipendenti pubblici e non lavoratori a premio unico (vendita a distanza) - di seguito "CPI multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza)" stipulate tra CA Auto Bank S.p.A. e le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia.

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa

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

(cod. 2026/02)

INDICE

PRESENTAZIONE 3
Glossario: un elenco di definizioni 4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 7
ART. 1 – Che cosa è assicurato? 7
Art. 1.1. Copertura assicurativa per il caso Morte 7
Art. 1.2. Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente 8
Art. 1.3. Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave 8
Art. 1.4. Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero 10
ART. 2 – Come aderire alla Polizza Convenzione? 12
ART. 3 – Che cosa non è assicurato? 13
ART. 4 – Dove vale la copertura? 14
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 o reticenti 16
ART. 10 – Pagamento del Premio 16
ART. 11 – Estinzione anticipata del Finanziamento 17
ART. 12 – Quando comincia la copertura e quando finisce? 19
ART. 13 – Oneri fiscali 20
ART. 14 – Modifiche della polizza 20
ART. 15 – Rinvio alle norme di legge 20
ART. 16 – Altre assicurazioni 20
ART. 17 – Come recedere? 20
ART. 18 – Diritto di surroga 21
ART. 19 – Riscatto e riduzione 21
ART. 20 – Comunicazioni e reclami 21
Art. 21 – Arbitro Assicurativo, negoziazione, mediazione e risoluzione delle controversie 22
ART. 22 – Cessione dei diritti 22
ART. 23 – Controversie di natura medica 22
ART. 24 – Sanzioni internazionali 22
"TUTELA PRIVACY" INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 23

PRESENTAZIONE

CPI multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza) (di seguito anche "Polizza Convenzione") **è una polizza collettiva, facoltativa, accessoria al finanziamento,** che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE;**
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%**;**
- **MALATTIA GRAVE;**
- **RICOVERO OSPEDALIERO**

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

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

Come leggere le Condizioni di Assicurazione?
Per garantire massima trasparenza e facilità di lettura, le Compagnie ti spiegano in questa pagina quali forme di comunicazione vengono utilizzate per aiutarti nella lettura e comprensione del contratto.

In particolare, nelle condizioni di assicurazione potrai trovare:

✓ Box esplicativi di colore ***VERDE,*** contenenti **esempi utili** per comprendere il funzionamento del contratto e delle coperture offerte.	
✓ Box esplicativi di colore ***BLU***, che contengono **l'approfondimento o la spiegazione** di clausole contrattuali o norme di legge, al fine di consentire una maggiore comprensione del contratto.	
✓ L'indicazione **ATTENZIONE** per le clausole contrattuali che dovrai leggere **con particolare attenzione**, poiché contengono riferimenti a limitazioni, esclusioni, costi oppure oneri a carico dell'Assicurato.	

✓ Il simbolo	… che mette in evidenza le clausole che descrivono il comportamento che il Cliente, l'Assicurato o il Beneficiario devono tenere per poter, tra le altre cose: - recedere dal contratto di assicurazione; - richiedere informazioni alle Compagnie; - denunciare un Sinistro.
✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola	il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario

GLOSSARIO: UN ELENCO DI DEFINIZIONI

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

- **Assicurato:** il Cliente persona fisica che ha aderito alla Polizza Convenzione mediante espresso consenso reso telefonicamente.
- **Beneficiario:** l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, e Ricovero Ospedaliero. Per la copertura assicurativa per il caso Morte, i Beneficiari sono i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Canone mensile:** nel contratto di locazione finanziaria (leasing), il corrispettivo che viene versato dall'utilizzatore del veicolo alla società locatrice per poter godere del veicolo di proprietà della società locatrice medesima.
- **Certificato Personale di Assicurazione:** il modulo inviato al Cliente insieme al DIP Danni, al DIP vita, al DIP aggiuntivo multirischi, alle condizioni di assicurazione, al Glossario, da sottoscrivere e ritrasmettere alla Società da parte del Cliente.
- **Cliente (o Aderente):** qualunque persona fisica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento.
- **Compagnia (Società o Impresa):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero, CACI Non-Life dac
- **Contraente:** CA Auto Bank S.p.A., con sede legale in Corso Orbassano 367 – Torino, che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Data di Decorrenza:** le ore 24 del giorno in cui il Cliente, contattato telefonicamente, ha manifestato il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione.
- **DIP Danni:** il documento informativo di base per i prodotti del ramo danni (acronimo di Documento Informativo Precontrattuale).
- **DIP Vita:** il documento informativo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi come disciplinato dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018. Il DIP Vita contiene le principali informazioni per consentire all'aderente di valutare il prodotto e compararlo con prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** il documento informativo integrativo del DIP Vita e del DIP Danni per contratti in cui ai prodotti assicurativi vita sono abbinate garanzie relative ai prodotti danni come disciplinato dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **Diritto all'Oblio Oncologico:** il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.
- **Ente pubblico:** ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità **montane**, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **Finanziamento (Contratto di Finanziamento):** il contratto di finanziamento rateale o il contratto di locazione finanziaria (leasing) di importo massimo pari ad Euro 100.000,00 e durata massima pari a 120 mesi, stipulato tra il Contraente e il Cliente, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito secondo un piano di ammortamento predeterminato - eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) - o derivante dalla locazione finanziaria, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **IdeaCall s.r.l.:** la società di cui si avvale il Contraente per la promozione e il collocamento delle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:
  1. l'asfissia non di origine morbosa;
  2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;

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

- **Invalidità Totale Permanente:** il caso in cui l'Assicurato, perda in modo totale, definitivo e irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza. Tale perdita viene stabilita nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 5/02/1992 (tabelle INPS).
- **Istituto di Cura:** ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologhe ed estetiche.
- **Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico:** la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un Ente Pubblico. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico, coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative (se la cooperativa è un Ente Pubblico), c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate, o che godono di compensi per attività libero professionale, intramuraria del personale dipendente del SSN, indennità ed altri compensi corrisposti da Stato, Regioni, Provincie e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni.
- **Malattia:** l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Malattia Grave:** le patologie elencate all'art. 1.3.1.
- **Maxi Rata Finale (M.R.F.):** la Rata Finale che il Cliente dovrà versare a CA Auto Bank S.p.A. a conclusione del Contratto di Finanziamento per la quale potrà scegliere se rimborsare in un'unica soluzione o attraverso una dilazione della stessa.
- **Morte:** il decesso dell'Assicurato.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo i pensionati, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.
- **Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato prima del sopravvenire del Ricovero **Ospedaliero**.
- **Parti:** congiuntamente il Contraente e la Compagnia.
- **Periodo di Carenza:** il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale la copertura assicurativa per Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Malattia, non è efficace.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** il periodo di tempo successivo alla cessazione del Ricovero Ospedaliero, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Ricovero Ospedaliero.
- **Piano di Ammortamento Originario:** il piano di ammortamento del Finanziamento calcolato in base all'importo finanziato, alla durata e al tasso stabilito alla data di sottoscrizione del Contratto di Finanziamento.
- **Polizza Convenzione:** ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, comunicata telefonicamente al Cliente, riportata nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative previste dalla Polizza Convenzione.
- **Premio Puro:** il Premio al netto delle imposte e della quota parte di Premio percepita dal Contraente.
- **Rata Mensile:** il pagamento periodico che il titolare del Finanziamento effettua al fine di restituire l'importo finanziato, comprensivo di quota capitale e quota interessi.
- **Ricovero Ospedaliero:** la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

- **Set Informativo:** l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è costituito da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Certiificato Personale di Assicurazione.
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza**: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Società, del Contraente e del Cliente, possa impiegarsi per il perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente.
- **Valore Garantito Futuro (V.G.F.):** il prezzo minimo di Riacquisto del Veicolo che l'ente di vendita (o dealer) aderente si impegna a riconoscere al Cliente in caso di riconsegna del veicolo con acquisto di un nuovo veicolo o in caso di riconsegna del veicolo senza riacquisto.
- **Valore di Riscatto**: il prezzo finale di acquisto del veicolo che il Cliente dovrà pagare al termine del contratto di locazione finanziaria (leasing).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – Che cosa è assicurato?

CPI multirischi dipendenti pubblici e non lavoratori (vendita a distanza) (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA, ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

▪ **CASO MORTE**
▪ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%
▪ **MALATTIA GRAVE**
▪ **RICOVERO OSPEDALIERO**

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

QUALI SONO LE COPERTURE ASSICURATIVE?

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

ART. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo dovuto, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

Art. 1.1.1. Indennizzo per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, in base alla tipologia di Finanziamento sottoscritto dal Cliente, la Compagnia paga al Beneficiario:

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

In entrambi i casi, l'indennizzo corrisposto al Beneficiario verrà raddoppiato in caso di Morte causata da Infortunio.

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

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

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

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia da cui derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

Art. 1.2.1. Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente viene prestata nel caso in cui l'Assicurato perda in modo totale, definitivo ed irrimediabile la capacità di svolgere le proprie attività lavorative o di vita quotidiana.
Tale perdita viene stabilita nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/65, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL).

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

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

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

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

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

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

ART. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE

Nel caso di Malattia Grave dell'Assicurato, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il caso Malattia Grave se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

Art. 1.3.1. Indennizzo per il caso Malattia Grave

Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti malattie:

- **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. **Non sono compresi nella copertura: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clark.** Non sono altresì ricompresi il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).
- **Chirurgia cardiovascolare** – Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico.
- **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.
- **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.
- **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.
- **Perdita della vista** - perdita della vista binoculare permanente, completa, irreversibile e irreparabile causata da un incidente o malattia, confermata da un oftalmologo.
- **Sclerosi multipla associata a deficit neurologico permanente** - a condizione che siano soddisfatti i seguenti criteri: diagnosi da parte di un neurologo, presenza di bande di immunoglobuline oligoclonali nel liquido cerebrospinale (risultato del test confermato da un neurologo), presenza di un'immagine caratteristica in risonanza magnetica, conferma di almeno quattro focolai di demielinizzazione (risultato confermato da un neurologo).

In caso di Malattia Grave la Compagnia paga al Beneficiario:

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

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

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

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

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

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

Valore iniziale del Finanziamento alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione = € 40.000,00
Debito Residuo comprensivo di Maxi Rata Finale alla data del sinistro = € 30.000,00

prestazione assicurativa = € 30.000,00

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

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

ART. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso di 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 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 Ricovero Ospedaliero

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Compagnia paga al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Relativa di 2 giorni**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione:

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

Solo in caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che decorre dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.
Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero dovuta a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

Per ogni Sinistro, il diritto al primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sorge se l'Assicurato è stato ricoverato per almeno 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 <u>mensile</u>	- per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 1.500,00**;
Massimale <u>per Sinistro</u>	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero per lo stesso Sinistro è di **n. 24 Indennizzi mensili**;
Massimale <u>globale</u>	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso 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.

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.

Esempio:

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

Valutato il Sinistro e trascorsi **2 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (Periodo di Franchigia Relativa)**, la Compagnia eroga ogni mese l'Indennizzo che non può superare Euro 1.500,00.

Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato sta bene e torna a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa, il Sinistro quindi è chiuso e la Compagnia non eroga più l'Indennizzo mensile ma, dopo 20 giorni necessita di un nuovo Ricovero Ospedaliero per una causa diversa dal precedente, che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

La successiva prestazione assicurativa per Ricovero Ospedaliero risulta dovuta?
NO, in quanto l'Assicurato non è tornato a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa per 30 giorni consecutivi prima di denunciare un nuovo sinistro per Ricovero Ospedaliero. (**Periodo di Riqualificazione**).

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

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?	è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Ricovero Ospedaliero.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Malattia non operano. Ciò significa che la Malattia Grave ed il Ricovero Ospedaliero da Malattia verificatasi nei primi 30 giorni non verranno indennizzati dalla Compagnia
Cosa si intende per 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. l'Assicurato sia una persona fisica con residenza valutaria in Italia abbia **stipulato il Contratto di Finanziamento** e, contattato telefonicamente, abbia manifestato il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione;
2. al momento in cui ha prestato il consenso telefonico ad aderire alla Polizza Convenzione, l'Assicurato abbia **un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti** ed età alla scadenza non superiore a 80 anni compiuti;
3. al momento in cui ha prestato il consenso telefonico ad aderire alla Polizza Convenzione l'Assicurato sia **Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore.**

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

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

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

2.3 L'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente avviene mediante consenso espresso e registrato telefonicamente.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 3 – CHE COSA NON È ASSICURATO?

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

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

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

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO MORTE

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

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

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

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

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

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

- **partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**

✓ **Pratica di sport a livello professionistico:**

- **tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.**

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti, le coperture della presente Polizza Convenzione devono intendersi operanti in relazione:

- ai Sinistri causati 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 verificatisi come conseguenza di **movimenti tellurici**.

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

ART. 4 – DOVE VALE LA COPERTURA?

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

ART. 5 - 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 Certificato Personale di Assicurazione;	
- collaborare con la Compagnia in caso di Sinistro, denunciando l'evento assicurato e trasmettendo alla Compagnia la documentazione prevista dalle presenti condizioni di assicurazione;	
- rilasciare dichiarazioni complete e veritiere per consentire alla Compagnia di valutare il rischio dalla stessa assunto, come precisato dall'art. 9 delle presenti condizioni di assicurazione.	

ART. 6 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5.1 CASO MORTE

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

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

6.5.2 INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

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

6.5.3 MALATTIA GRAVE

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

6.5.4 RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- lettera di dimissione da cui risulti diagnosi e periodo di degenza, oppure:
- 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.

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 e 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 O RETICENTI

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

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

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

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

Cosa si intende per informazioni false, inesatte e reticenti?

Sono informazioni false, inesatte e reticenti le informazioni non veritiere, non corrette, non complete o taciute relative ad aspetti essenziali alla Compagnia per decidere se assumere o meno il rischio da assicurare o se assumerlo a determinate condizioni.

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Quando e come devo pagare il premio?

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

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

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

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

Il Premio unico è calcolato come segue:
0,123% dell'importo del Finanziamento moltiplicato per ogni mese di durata del Contratto di Finanziamento (inclusa Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro se presente).

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

0,05232% per il caso Morte
0,02140% per il caso Invalidità Totale Permanente
0,01582% per il caso Malattia Grave
0,03346% per il caso Ricovero Ospedaliero

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

- 15,50% costi di intermediazione.

Al raggiungimento di specifici criteri verranno riconosciute al Contraente:

- 45,00% commissioni supplementari (rappel)

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

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

ART. 11 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO
In caso di **estinzione integrale anticipata** del Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

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

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

Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

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

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

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

dove:

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

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

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

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

Premio	Pr	Pc
0,123%	27,20%	72,80%

Esempio:

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

- Finanziamento: € 10.000,00, durata pari a 48 mesi, tasso di interesse (TAN) 5%
- capitale assicurato: € 10.000,00
- estinzione integrale anticipata avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione
- debito residuo dopo 24 mesi: € 5.249,27
- Premio lordo all'adesione € 590,40
- Premio netto all'adesione € 581,92
  - Premio Puro: € 229,86
  - Parte relativa ai costi di gestione della Polizza Convenzione: € 352,50

- Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

$$P = (229{,}86 \times 27{,}20\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} + (230{,}14 \times 72{,}80\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} \times \frac{5.249{,}27}{10.000} = 75{,}18$$

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

$$C = (352{,}50) \times \frac{(48 - 24)}{48} = 176{,}03$$

- Importo dovuto pari a:

P + C - spese amministrative = € 75,18 + € 176,03 - € 25 = € 226,21

ATTENZIONE: *il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative*

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

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

In caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, la Compagnia ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. Il Cliente ha diritto alla restituzione della parte di

Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale. Tale restituzione avverrà tramite accredito sulle coordinate bancarie del Cliente ed è calcolata secondo la seguente formula:

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

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

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

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

Importo dovuto pari a:

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

$$(75{,}18+176{,}03) \times € \, 2.000/€ \, 5.249{,}27 - 25€ = € \, 70{,}71$$

ATTENZIONE: *il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative*

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

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

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

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

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

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

(i) alla data di cessazione del Finanziamento come ivi prevista;
(ii) in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento;
(iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
(iv) in caso di risoluzione anticipata Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato o in caso di rinegoziazione dello stesso.
(v) al raggiungimento da parte dell'Assicurato dell'80esimo anno di età compiuto;
(vi) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave.

12.2 Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento, la Compagnia restituirà al Cliente, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dal Cliente al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

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

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

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

ART. 13 – ONERI FISCALI

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

ART. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 17 – COME RECEDERE?

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

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

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

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

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

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

ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA
La Compagnia rinuncia al diritto di surroga previsto dall' art. 1916 c.c. nei confronti dell'Aderente.

ART. 19 – RISCATTO E RIDUZIONE
La Polizza Convezione non prevede possibilità di riduzione e di riscatto.

ART. 20 – COMUNICAZIONI E RECLAMI

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

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

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

Oppure

CACI Life dac e CACI Non-Life dac
Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella postale chiusa 90
presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)
e-mail: complaints@ca-caci.ie

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

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

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

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

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

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

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

- l'**ARBITRO ASSICURATIVO:** il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215. È possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.it), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità e altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
- la **NEGOZIAZIONE ASSISTITA**, ai sensi della Legge n. 162/2014, volta al raggiungimento di un accordo tra le Parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia avvalendosi dell'assistenza prestata da avvocati a tal fine appositamente incaricati dalle Parti;
- la **PROCEDURA DI MEDIAZIONE**, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.
  La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: **prima di esercitare un'azione giudiziaria relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.**

ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 23 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

Qualora tra l'Assicurato o i suoi aventi causa e la Compagnia insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'Indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.
I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali di comune accordo tra esse o, in caso di mancato accordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 24 – SANZIONI INTERNAZIONALI

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

“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Compagnie CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti in sede di adesione al contratto di assicurazione dall’intermediario assicurativo CA Auto Bank S.p.A. - e dal medesimo trattati in qualità di Responsabile del Trattamento.

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

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

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

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

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

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

- con riferimento alla sottoscrizione, conclusione, esecuzione e gestione del contratto (salvo i dati contenuti nel Certificato Personale di Assicurazione): 2 (due) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento al Certificato Personale di Assicurazione: 10 (dieci) anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento ai dati inerenti ai sinistri/reclami (salvo i documenti contabili): 2 (due) anni dalla chiusura del sinistro/reclamo;
- con riferimento ai documenti contabili o fiscali relativi ai pagamenti connessi ai reclami: 10 (dieci) anni dalla scadenza o termine del contratto.

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

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

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

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

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

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

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

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

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