

Assicurazione CPI Multirischi –Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Impresa: CACI Non-Life dac – (N. reg. IVASS II.00419)



Prodotto : “Protezione Prestito per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato” (cod. 2025/01)

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

Che tipo di assicurazione è?

Protezione Prestito per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente e le rate mensili in caso di Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale, in base alla posizione lavorativa al momento del Sinistro.



Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio o Malattia non inferiore al 66%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Compagnia corrisponde al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. La copertura Invalidità Totale Permanente opera per **tutti** gli Assicurati.

✓ Perdita di Impiego: la Compagnia corrisponde al Beneficiario per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento che l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La copertura Perdita di Impiego opera **solo** per coloro che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni e che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.

✓ Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia: corrisponde al Beneficiario per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento che l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La copertura Inabilità Temporanea Totale opera solo per l'Assicurato che, al momento del Sinistro, non sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, poiché ha modificato la propria attività lavorativa durante la vigenza della polizza, o sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbia un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.

Le coperture assicurative Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale sono operanti in alternativa tra loro in base all'occupazione lavorativa e all'età dell'Assicurato al momento del Sinistro.

Per ciascuna copertura, la Società indennizza i danni fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva (c.d. limiti di Indennizzo).



Che cosa non è assicurato?

✗ Invalidità Totale Permanente: non è assicurata l'Invalidità Totale Permanente inferiore al 66%;

✗ Perdita di Impiego: non sono assicurati i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico, i Lavoratori Autonomi, i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età superiore ai 69 anni e i Lavoratori Dipendenti di Ente

privato che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana;

✗ Inabilità Temporanea Totale: non sono assicurati i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore ai 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.



Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia non eroga la prestazione in caso di:

- ! dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- ! atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

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

- ! le conseguenze di infortuni già note e/o diagnosticate al momento dell'adesione;
- ! Infortuni derivanti da interventi di carattere estetico;
- ! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- ! 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;
- ! mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

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

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

Impresa: CACI Life dac – (N. reg. Ivass II.00420)



Prodotto: “Coperto Tris per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato” (cod. 2025/01)

Il presente DIP Vita è aggiornato a Luglio 2025 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?

Coperto Tris per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di decesso.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro.

La Compagnia indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva (c.d. limiti di Indennizzo). In ogni caso, l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà, comunque, eccedere il massimale di Euro 80.000,00.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 65 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione.



Ci sono limiti di copertura?

Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Compagnia abbia già corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente.

La Compagnia non eroga la prestazione in caso di:

- ! dolo dell'assicurato o del Beneficiario;
- ! atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di

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

- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

Dalla copertura Caso Morte sono inoltre esclusi:

- ! suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione;
- ! infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- ! 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;
- ! uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.



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 Società. In particolare, i beneficiari devono trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
 - eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
 - certificato di morte;
 - questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
 - copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze 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);
 - in caso di morte violenta copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia del referto autoptico nel caso fosse stato eseguito.
- Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Compagnia intende assumere.

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



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

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

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

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)



Prodotto : «Protezione Prestito per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato» (cod. 2025/01)

Il presente DIP aggiuntivo Multirischi è aggiornato a luglio 2025 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 00638112; sito internet: www.ca-caci.ie; E-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

Caci Life dac è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. II.00420. Caci Non-life dac è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. II.00419. Entrambe le Compagnie sono ammesse ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi e sono soggette alla vigilanza di CBI (Central Bank of Ireland – sito internet: <https://www.centralbank.ie/>)

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo Danni:

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

- **Invalidità Totale Permanente:** l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà eccedere il massimale di Euro 80.000,00;
- **Perdita di Impiego:** l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso sinistro e n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura;
- **Inabilità Temporanea Totale:** l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso sinistro e n. 36 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?

RAMO VITA E DANNI:

ad integrazione delle esclusioni previste nel DIP Danni, dalla copertura Perdita di Impiego sono esclusi:

- ! stato di disoccupazione o di prossima disoccupazione già conosciuto dall'Assicurato al momento dell'adesione;
- ! licenziamento per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare, licenziamento tra congiunti, discendenti e ascendenti;
- ! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato, salvo il caso di dimissioni per giusta causa;
- ! i casi in cui l'Assicurato non abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;
- ! la Perdita di Impiego conseguenza della scadenza di un termine contrattuale;
- ! la Perdita di Impiego quando l'Assicurato non è iscritto nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o risulti iscritto nel suddetto elenco come precario, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
- ! la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero;
- ! il percepimento di qualsivoglia forma di cassa integrazione ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente;
- ! l'assoggettamento a contratti di solidarietà;
- ! la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- ! la perdita di Impiego quando il contratto di lavoro è regolato da una legge diversa da quella italiana;
- ! i casi in cui l'Assicurato non si presenta al lavoro a causa di una condanna penale.

Si segnalano inoltre le seguenti franchigie:

- **Franchigia per la copertura Perdita di Impiego: 90 giorni (franchigia assoluta).**
- **Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni (franchigia assoluta).**

Inoltre, sono esclusi da tutte le coperture assicurative per i Contratti di Finanziamento di importo superiore ad Euro 20.000,00 :

- ! malattie e malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato sia prima della Data di Decorrenza sia nei 30 giorni successivi a tale data;
- ! gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza delle coperture e che è associata ad un pericolo per la salute della madre.



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al Lavoratore Dipendente di Ente Privato, intestatario di Contratto di Finanziamento, con età compresa tra 18-65 anni non compiuti al momento dell'adesione alla polizza ed età alla scadenza non superiore a 80 anni.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di emissione del contratto: non previsti.
 - Costi di intermediazione: sono pari al 50,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).
- Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).
Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili della Compagnia.

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 - 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 :

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
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Per i contratti stipulati online, il reclamo può essere presentato per mezzo della piattaforma della risoluzione delle controversie online (ODR) accessibile tramite l'indirizzo: http://ec.europa.eu/consumers/odr/ .

REGIME FISCALE

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

Condizioni di assicurazione

Polizze Collettive n. “L-2090-10-06-279-1” (CACI Life dac) e n. “N-2090-10-06-279-1” (CACI Non-Life dac) denominate “PROTEZIONE PRESTITO PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO” stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A e CACI.

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa.

(aggiornamento all'1/07/2025. Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida ANIA per contratti chiari e comprensibili).

INDICE

PRESENTAZIONE	3
<i>Glossario: un elenco di definizioni</i>	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	7
ART. 1 – Che cosa è assicurato?	7
<i>Art. 1.1. Copertura assicurativa per il caso Morte</i>	8
<i>Art. 1.2. Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale e Permanente</i>	8
<i>Art. 1.3. Copertura assicurativa per il caso Perdita di impiego</i>	9
<i>Art. 1.4. Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale</i>	10
<i>Art. 1.5. Modifica della posizione lavorativa</i>	12
ART. 2 – Come aderire alla Polizza Convenzione?	12
ART. 3 – Che cosa non è assicurato?	13
ART. 4 – Dove vale la copertura?	15
ART. 5 – Che obblighi ho come Assicurato?	15
ART. 6 – Cosa fare in caso di Sinistro?	15
<i>Condizioni di assicurazione: altre disposizioni che regolano la polizza convenzione</i>	17
ART. 7 – Prescrizione	17
ART. 8 – Pagamento dell'Indennizzo	17
ART. 9 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	17
ART. 10 – Pagamento del Premio	19
ART. 11 – Estinzione anticipata del Finanziamento	19
ART. 12 – Quando comincia la copertura e quando finisce?	22
ART. 13 – Oneri fiscali	22
ART. 14 – Modifiche della polizza	22
ART. 15 – Rinvio alle norme di legge	22
ART. 16 – Altre assicurazioni	22
ART. 17 – Come recedere?	23
ART. 18 – Diritto di surroga	23
ART. 19 – Riscatto e riduzione	23
ART. 20 – Comunicazioni e reclami	23
<i>Art. 21 – Negoziazione, mediazione e risoluzione delle controversie</i>	24
ART. 22 – Cessione dei diritti	25
ART. 23 – Controversie di natura medica	25
ART. 24 – Sanzioni internazionali	25
“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	26

PRESENTAZIONE

Protezione Prestito per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato (di seguito anche “Polizza Convenzione”) è una polizza collettiva, facoltativa, accessoria al finanziamento, che fornisce una copertura assicurativa a tutti gli assicurati in caso di **Morte e Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66%**.

La polizza fornisce copertura assicurativa, inoltre:

- per la **Perdita di Impiego** di Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni, con contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
o, in **alternativa**,
- per il caso **Inabilità Temporanea Totale** per coloro che al momento del verificarsi del sinistro non possono essere considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato.

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

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

Come leggere le Condizioni di Assicurazione?

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

In particolare, nelle condizioni di assicurazione potrai trovare:

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

- ✓ Il simbolo



... che mette in evidenza le clausole che descrivono il comportamento che il Cliente, l'Assicurato o il Beneficiario devono tenere per poter, tra le altre cose:

- recedere dal contratto di assicurazione;
- richiedere informazioni alle Compagnie;
- denunciare un Sinistro.

- ✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola

il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario

GLOSSARIO: UN ELENCO DI DEFINIZIONI

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

- **Assicurato:** la persona fisica che, in qualità di richiedente, ha sottoscritto il Contratto di Finanziamento di tipo “Prestito Personale” concesso ed erogato dal Contraente, ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e che risiede in Italia alla data in cui la richiesta di adesione alla copertura assicurativa è stata assicurata da CACI.
- **Beneficiario:** l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita di Impiego. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la copertura assicurativa.
- **Cliente (o Aderente):** qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con Agos Ducato S.p.A. e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Compagnia (Società o Impresa):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, si intende CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Perdita di Impiego, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale si intende CACI Non-Life dac.
- **Contraente:** Agos Ducato S.p.A., con sede legale in Viale Fulvio Testi, 280 - Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Finanziamento (Contratto di Finanziamento):** il contratto di finanziamento “Prestito Personale” con il quale il Contraente concede in prestito al Cliente, tramite il Distributore, una somma di importo massimo pari a Euro 80.000,00, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata massima pari a 120 mesi, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** le ore 24 del giorno in cui si verifica in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:
 1. Il Modulo di Adesione è stato sottoscritto;
 2. l'importo del Finanziamento è stato erogato;
 3. è stato corrisposto il Premio.
- **DIP Danni:** il documento informativo di base per i prodotti del ramo danni (acronimo di Documento Informativo Precontrattuale).
- **DIP Vita:** il documento informativo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi come disciplinato dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018. Il DIP Vita contiene le principali informazioni per consentire all'aderente di valutare il prodotto e compararlo con prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** il documento informativo integrativo del DIP Vita e del DIP Danni per contratti in cui ai prodotti assicurativi vita sono abbinate garanzie relative ai prodotti danni come disciplinato dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **Disoccupazione:** lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, nel caso in cui:
 - i) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno; e
 - ii) sia iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o percepisca un'indennità derivante dal trattamento di mobilità o qualsiasi altra indennità di disoccupazione prevista dalla legge applicabile tempo per tempo vigente.
- **Distributore:** indica la banca Crédit Agricole Italia della cui collaborazione si avvale il Contraente per la distribuzione della Polizza Convenzione.
- **Ente privato:** soggetto giuridico diverso da un Ente Pubblico, presso il quale l'Assicurato potrà essere impiegato.
- **Ente pubblico:** ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi: gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative pubbliche, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Firma Digitale:** un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.
- **Firma Elettronica Avanzata:** l'insieme di dati in forma elettronica allegati oppure collegati a un documento informatico che consentono di identificare il firmatario del documento e garantiscono la connessione univoca al firmatario, creati con strumenti sui quali il firmatario può conservare un controllo esclusivo, collegati ai dati ai quali la firma si riferisce in modo da consentire di rilevare se gli stessi dati siano stati successivamente modificati.

- **Inabilità Temporanea Totale:** la perdita totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni della vita quotidiana.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia a favore del Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Sono inoltre parificati agli Infortuni:
 1. l'asfissia non di origine morbosa;
 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 3. l'assideramento o il congelamento;
 4. i colpi di sole o di calore;
 5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
 7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 8. l'annegamento.
- **Infocert:** l'ente certificatore approvato dall'Agenzia per l'Italia Digitale ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 235/2010) di cui si avvale Agos Ducato S.p.A. per la certificazione della Firma Digitale.
- **Invalidità Totale Permanente:** la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio o Malattia indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 66%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
- **Lavoratore Autonomo:** la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente alla data di sottoscrizione della presente Polizza Convenzione nella quale:
 - l'ammontare dei redditi da lavoro autonomo risulti preponderante rispetto ai redditi da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata);
 - sia denunciato almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, redditi derivanti dall'utilizzazione economica di opere d'ingegno o brevetti, redditi derivanti da attività commerciali non esercitate abitualmente, redditi derivanti da attività di lavoro autonomo anche non esercitate abitualmente;
 e a condizione che la persona fisica continui a svolgere al momento della sottoscrizione e durante la vigenza della presente Polizza Convenzione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono comunque considerati solo ai fini della presente Polizza Convenzione Lavoratori Autonomi le seguenti figure previste dai contratti di lavoro: i "collaboratori coordinati continuativi" occasionali e non occasionali, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di "Staff Leasing", gli amministratori, i sindaci e i revisori di società di capitali, gli associati in partecipazione, i lavoratori autonomi occasionali e gli agenti e/o rappresentanti. Saranno equiparati ai Lavoratori Autonomi anche i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.
- **Lavoratore Dipendente di Ente Privato:** la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un Ente Privato, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato o con contratto di apprendistato regolato dalla legge italiana. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato i lavoratori soci di cooperative (se la cooperativa è un Ente Privato). In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, fatto naturalmente salvo quanto previsto dalla definizione di Lavoratore Autonomo. Nel caso in cui il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana al lavoratore dipendente di Ente Privato troveranno applicazione le coperture assicurative per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave.
- **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, Province e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni.
- **Malattia:** l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Modulo di Adesione:** il modulo sottoscritto dall'Assicurato, con il quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione.
- **Morte:** il decesso dell'Assicurato.

- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo il personale in quiescenza lavorativa, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. 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 immediatamente prima del sopravvenire dell'Inabilità Temporanea Totale.
- **Parti:** congiuntamente il Contraente e la Compagnia.
- **Perdita di Impiego:** la perdita involontaria del posto di lavoro da parte dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, che generi uno stato di Disoccupazione, ivi inclusa l'ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato all'esito della procedura di conciliazione che deve essere esperita, in caso di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, dinanzi alla Direzione Territoriale del Lavoro competente ai sensi dell'articolo 7 della legge n. 604/1966 così come modificata dalla legge n. 92/2012. Resta inteso che non rientra nella presente definizione qualsiasi altra ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato diversa da quella sopramenzionata. Non rientrano altresì nella presente definizione tutte le ipotesi di dimissioni dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato salvo le dimissioni per giusta causa. Non è considerata Perdita di Impiego la scadenza naturale del contratto a tempo determinato o di apprendistato.
- **Periodo di Carenza:** il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale da Malattia non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego ed Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale indennizzati nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizza Convenzione:** ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Compagnia e il Contraente.
- **Premio:** la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione, dovuta alla Compagnia a fronte delle coperture assicurative.
- **Premio Puro:** il Premio al netto delle imposte e della quota parte di Premio percepita dal Contraente.
- **Questionario Sanitario:** il documento predisposto dalla Società per accertare lo stato di salute dell'assicurando che sottoscrive un Contratto di Finanziamento di importo superiore a € 20.000.
- **Set Informativo:** l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente al Cliente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è composto da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** l'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza:** indica 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



ART. 1 – Che cosa è assicurato?

Protezione Prestito per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato (di seguito anche “Polizza Convenzione”) è una POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA, ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO, che prevede le seguenti coperture:

COPERTURA	Operante per
▪ CASO MORTE	tutti gli Assicurati in tutti i paesi del mondo
▪ INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE di grado pari o superiore al 66%	tutti gli Assicurati
▪ PERDITA DI IMPIEGO	coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato sono Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni, con contratto di lavoro regolato dalla legge italiana
▪ INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato non possono essere considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato, perché: ✓ hanno modificato la propria posizione lavorativa durante la vigenza della polizza; ✓ sono lavoratori dipendenti di ente privato di età superiore a 69 anni; ✓ hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.



ATTENZIONE: Le coperture assicurative perdita di impiego e inabilità temporanea totale sono operanti in alternativa tra loro in base all'occupazione lavorativa e all'età dell'Assicurato al momento del Sinistro.

COPERTURE APPLICABILI	STATO LAVORATIVO DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL SINISTRO	
	LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana	ALTRE CATEGORIE PROFESSIONALI Tutti coloro che hanno modificato la propria posizione lavorativa durante la vigenza della polizza; oppure sono lavoratori dipendenti di ente privato di età superiore a 69 anni; oppure hanno un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana
PERDITA DI IMPIEGO	✓	No
INABILITA' TEMPORANEA TOTALE	No	✓



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

QUALI SONO LE COPERTURE ASSICURATIVE?

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

ART. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

(operante per tutti gli Assicurati)

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

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

Art. 1.1.1. Indennizzo per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Compagnia paga al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere, al momento del verificarsi del Sinistro. Da tale importo **sarà dedotto l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse (in quanto non 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 80.000,00 anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo al medesimo Assicurato.

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

(operante per tutti gli Assicurati)

Nel caso in cui si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale e Permanente di grado pari o superiore al 66%, 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, a causa di Infortunio o Malattia avvenuti durante il periodo di efficacia della copertura, perda in modo totale, definitivo ed irrimediabile la capacità di svolgere le proprie attività lavorative o di vita quotidiana.

Tale perdita viene stabilita esclusivamente nel grado pari o superiore al 66% 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 tassativamente **ESCLUSA** qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 05/02/1992 (Tabelle INPS).

In caso di Invalidità Totale e Permanente, la Compagnia paga al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere, al momento del verificarsi del Sinistro. **Da tale importo sarà dedotto l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione).**



ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere in ogni caso l'ammontare del debito residuo del finanziamento e non può inoltre eccedere il massimale di Euro 80.000,00 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.**

ART. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO

(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni, che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana)

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

1. il Sinistro si è verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 12;
2. il Sinistro non rientra nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa hanno adempiuto agli obblighi di cui agli artt. 5 e 6;
4. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità con attestazione del ricevimento della Naspi (Nuova assicurazione sociale per l'impiego) ovvero di una comunicazione equivalente, è **successiva alle ore 24 del termine del Periodo di Carenza di 90 giorni che decorre dall'adesione alla Polizza Convenzione.**

Art. 1.3.1. Indennizzo per il caso Perdita di Impiego

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale deriva la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Compagnia paga al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 90 giorni**, un indennizzo pari alla somma delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

La copertura Perdita di Impiego 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 Perdita di Impiego per lo stesso Sinistro è di n. 12 Indennizzi mensili ;
Massimale <u>globale</u>	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso Perdita di Impiego è di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.



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

Resta inteso che nessun ulteriore Sinistro per Perdita di Impiego potrà essere indennizzato se l'Assicurato ha esaurito, per i Sinistri precedenti, il massimale globale di n. 36 Indennizzi mensili.

Esempio:

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

Valutato il Sinistro e trascorsi **90 giorni consecutivi di Disoccupazione (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Compagnia paga ogni mese l'Indennizzo, che non può superare Euro 1.500,00.

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

La Compagnia, per lo stesso evento pagherà fino a un massimo di 12 indennizzi.

Un esempio pratico...

Assicurato: Lavoratore Dipendente di Ente Privato

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

Data di inizio della Disoccupazione: 15.10. 2024

Periodo di Franchigia Assoluta di 90 giorni: termina il **14.01.2025**



Il primo Indennizzo mensile verrà pagato con riferimento alla rata del finanziamento del 10 febbraio 2025.

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

La successiva prestazione assicurativa per Perdita di Impiego risulta dovuta?

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

ATTENZIONE: l'esempio ha mere finalità esplicative.

ART. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale, la Compagnia pagherà al Beneficiario l'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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



ATTENZIONE: la copertura è operante per coloro che, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, hanno cambiato il proprio stato lavorativo e al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.

1.4.1. Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale, accertata in sede medica, che gli impedisca di svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, la Compagnia paga al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni**, un Indennizzo pari alla somma delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che decorre dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.

Pertanto, la data di attestazione dell'Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica, deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

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

La copertura Inabilità Temporanea Totale prevede i seguenti massimali:

Indennizzo <u>mensile</u>	- per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 1.500,00 ;
Massimale <u>per Sinistro</u>	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale per lo stesso Sinistro è di n. 12 Indennizzi mensili ;
Massimale <u>globale</u>	- il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa .



ATTENZIONE: qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca, prima che siano trascorsi 60 giorni dalla suddetta ripresa, una nuova interruzione di lavoro a seguito del medesimo Infortunio o Malattia, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di Franchigia, ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.



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

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione alla copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 36 Indennizzi mensili.

Esempio:



L'Assicurato che al momento dell'adesione era un Lavoratore Dipendente di Ente Privato, durante il periodo di validità della polizza cambia lavoro e diventa un Lavoratore Autonomo. Subisce quindi un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 6 mesi e denuncia il Sinistro alla Compagnia trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Compagnia eroga ogni mese l'Indennizzo che non può superare Euro 1.500,00.

Per poter erogare gli indennizzi successivi al quinto è necessario che l'Assicurato dimostri alla Compagnia il perdurare dello stato di Inabilità fornendo la relativa documentazione medica. La Compagnia, per lo stesso evento erogherà fino ad un massimo di 12 indennizzi.

Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato sta bene e torna a svolgere la sua normale attività lavorativa, il Sinistro quindi è chiuso e la Compagnia non eroga più l'Indennizzo mensile ma, dopo 20 giorni subisce un nuovo infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

La successiva prestazione assicurativa per Inabilità Temporanea Totale risulta dovuta?

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

ATTENZIONE: l'esempio ha mere finalità esplicative.

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?



è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o Inabilità Temporanea Totale indennizzati nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale.

Cosa si intende per Periodo di Carenza?



è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale da Malattia non operano.

Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?



è il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.



ATTENZIONE: in caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta scritta dell'Assicurato alla restituzione di parte del Premio, l'Indennizzo in caso di Sinistro sarà commisurato al debito residuo o la rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'Indennizzo sarà commisurato al debito residuo o la rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali.

ART. 1.5. MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

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

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



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

ART. 2 – Come aderire alla Polizza Convenzione?



2.1 Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:

1. abbia **stipulato il Finanziamento** e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
2. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
3. **per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 20.000, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, abbia compilato il Questionario Sanitario, che costituisce parte integrante del presente contratto di assicurazione, in modo veritiero e fornito risposta negativa a tutte le domande in esso contenute;**
4. sia un **Lavoratore Dipendente di Ente Privato** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

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

2.3 Nel caso in cui il Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al paragrafo 2.1.



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

2.4 L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.



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

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

Prima dell'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Digitale, al Cliente sarà consegnato o sarà data la possibilità di scaricare dal sito Internet del Contraente, il Set Informativo e tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.

Il contratto di assicurazione può essere concluso presso il Distributore o mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza. La sottoscrizione del contratto può avvenire in tutti i casi su supporto cartaceo, firmando di proprio pugno e restituendo il Modulo di Adesione al Distributore o tramite Firma Digitale, se l'Assicurato ha optato per tale modalità nell'ambito del contratto di finanziamento.

All'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Digitale, al Cliente sarà consegnata o sarà data la possibilità di scaricare dal sito Internet del Contraente la documentazione contrattuale prevista dalla normativa vigente.



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

ART. 3 – Che cosa non è assicurato?



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

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
3. alcoolismo, stato di ebrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
4. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
5. 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. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
5. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
6. pratica di immersioni subacquee non in apnea, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo.

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

1. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
3. trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;
4. conseguenze di Infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
5. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
6. Infortuni causati da:
 - ✓ Pratica dei seguenti sport in generale:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a

condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;

- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore.

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

- partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.

✓ **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.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I CASI DI PERDITA DI IMPIEGO

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



ATTENZIONE: ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I FINANZIAMENTI DI IMPORTO SUPERIORE A 20.000 EURO
Le coperture assicurative assunte con Questionario Sanitario, per i Finanziamenti di importo superiore a € 20.000, in aggiunta alle Esclusioni di cui sopra, non includono gli Indennizzi per sinistri causati da:

- malattie e malformazioni stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;
- gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza delle coperture e che è associata ad un pericolo per la salute della madre.



ATTENZIONE: nessun indennizzo per il caso Morte risulterà dovuto al Beneficiario qualora la Compagnia abbia corrisposto all'Assicurato importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente. Nessun indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale risulterà dovuto all'Assicurato qualora la Compagnia abbia corrisposto n. 36 indennizzi mensili per il caso Perdita di Impiego. Nessun Indennizzo per il caso Perdita di Impiego risulterà dovuto all'Assicurato qualora la Compagnia abbia corrisposto n. 36 Indennizzi mensili per Inabilità Temporanea Totale.

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti, le coperture Morte, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale della presente Polizza Convenzione devono intendersi operanti in relazione:

- ai Sinistri cagionati da **colpa grave** dell'Assicurato;
- ai Sinistri determinati da **tumulti popolari** o **atti di terrorismo**, a condizione che l'Assicurato **non vi abbia preso parte attiva** (fatto salvo il caso delle forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- ai Sinistri occorsi come conseguenza di **movimenti tellurici**.

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

ART. 4 – Dove vale la copertura?

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



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

ART. 6 – Cosa fare in caso di Sinistro?

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne comunicazione scritta al Contraente e potranno richiedere informazioni al numero **02/6994.3001**.
- 6.2 La denuncia del Sinistro, insieme alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5 dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:



**COME
DENUNCIARE
UN SINISTRO**



6.3 A seguito del pagamento di un Indennizzo per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa saranno tenuti, oltre che ad inviare la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., ad inviare al Contraente, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 6.2.

6.4 La Compagnia, tramite 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

- Eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze 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).

Nel caso in cui il Sinistro sia imputabile a morte violenta devono inoltre essere prodotti i seguenti documenti:

- eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- eventuale copia del referto autoptico nel caso fosse stato eseguito.

6.5.2. INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

- Eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario del medico che attesti le cause dell'Invalidità;
- 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.

Nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento:

- eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro;
- eventuale verbale di Pronto Soccorso.

6.5.3. PERDITA DI IMPIEGO

- Eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- copia del libretto di lavoro o scheda professionale, copia del contratto di lavoro o della lettera di assunzione riportante il monte ore lavorate;
- copia della lettera di licenziamento o documento equipollente;
- eventuale attestazione del ricevimento della Naspi (Nuova assicurazione sociale per l'impiego);
- copia di un documento comprovante l'iscrizione nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- i successivi documenti comprovanti la continuazione del Sinistro (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Disoccupazione).

6.5.5. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- Eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del sinistro);
- copia del certificato INPS di inabilità temporanea;

- eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro;
- eventuale verbale di Pronto Soccorso;
- i successivi certificati che prolunghino lo stato di Inabilità Temporanea Totale (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).



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 e Permanente, Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale) che non vengono denunciati entro due anni dall'accadimento e i sinistri caso Morte che non vengono denunciati entro dieci anni dal decesso non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.



ATTENZIONE: in relazione alla copertura caso Morte, si richiama l'attenzione dell'aderente su quanto previsto dalla normativa in vigore in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti ai Beneficiari e non reclamati entro il termine di prescrizione di dieci anni sono devoluti al Fondo per le Vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

ART. 8 – Pagamento dell'Indennizzo

Entro quando viene pagato l'Indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa prevista nelle presenti condizioni di assicurazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori determinati al tasso d'interesse legale di cui all'art.1284 comma 1 del Codice Civile.



ART. 9 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

La comunicazione alla Compagnia da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

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

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



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

Cosa si intende per informazioni false, inesatte e reticenti?

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

Sono informazioni false, inesatte o reticenti rilevanti per la assunzione del rischio, ad esempio, le informazioni non complete sul proprio stato di salute o sul proprio stato lavorativo o la mancata comunicazione dell'esistenza di malattie pregresse rispetto alla data di adesione alla Polizza Convenzione.

ART. 10 – Pagamento del Premio

Quando e come devo pagare il premio?

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un **Premio unico**, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente, al momento dell'erogazione del Finanziamento, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del premio unico:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Perdita di Impiego e Inabilità Temporanea Totale) imposte pari al 2,5%	Tasso di premio lordo Totale
0-60 mesi	1,09%	5,63%	6,72%
61-84 mesi	1,69%	6,35%	8,04%
85-120 mesi	2,90%	7,60%	10,50%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	1,30%
13-24	46,66%
25-36	34,87%
37-48	32,58%
49-60	29,09%
61-72	26,37%
73-84	23,37%
85-120	36,46%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Compagnia.

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 all'Assicurato, per il tramite del Contraente, **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 dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

La parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto che sarà restituita all'Assicurato verrà calcolata secondo la seguente formula:

Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

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



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

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

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 unico ai fini del calcolo del premio da rimborsare per estinzione anticipata:

Durata del Finanziamento	Premio puro (Pr + Pc): quota parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Quota parte di Premio (al netto di imposte) in percentuale percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (Cg)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di rata: Perdita di impiego, Inabilità Temporanea Totale (Pr)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di capitale: Morte, Invalidità Totale Permanente (Pc)
6-60 mesi	50%	50%	57,09%	42,91%
61 - 84 mesi	50%	50%	44,15%	55,85%
85 - 120 mesi	50%	50%	29,60%	70,40%

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

- Finanziamento: € 10.000,00, durata 48 mesi, tasso di interesse 6%
- capitale assicurato: € 10.000,00
- estinzione integrale anticipata avvenuta dopo 24 mesi
- debito residuo dopo 24 mesi: € 5.298,90
- Premio lordo all'adesione: € 672,00
- Premio netto all'adesione: € 661,39 di cui
 - o Premio Puro: € 330,69
 - o Parte relativa ai costi di gestione della Polizza Convenzione: € 330,69



- Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

$$P = 330,69 \times 57,09\% \times \frac{(48-24)}{48} + 330,69 \times 42,91\% \times \frac{(48-24)}{48} \times \frac{5.298,90}{10.000} = 131,99$$

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

$$C = (330,69) \times \frac{(48-24)}{48} = 165,35$$

- Importo dovuto pari a:

$$P + C - \text{spese amministrative} = € 131,99 + € 165,35 - € 25,00 = € 272,34$$

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative

In alternativa al rimborso del Premio, la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto e da formularsi al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata del Finanziamento, fornisce le coperture assicurative in favore del Beneficiario fino alla scadenza contrattuale 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 della rata mensile saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento avvenuta nei primi 60 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, il Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto sarà equiparato a quello conseguente all'esercizio del diritto di recesso secondo quanto previsto nell'art. 17 (Come recedere?).

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, la Compagnia ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{rimborso premio parziale: } (P + C) \times (Q_e / D_r)$$

dove:

$(P + C)$ = importo dovuto in caso di estinzione integrale anticipata al netto di eventuali estinzioni anticipate parziali avvenute in precedenza

Q_e = quota capitale estinta

D_r = debito residuo alla data dell'estinzione

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 € 5.298,90



Importo dovuto pari a:

$$(P + C) \times \left(\frac{Q_e}{D_r} \right) - \text{spese amministrative} =$$

$$(\text{€}131,99 + \text{€}165,35) \times \left(\frac{\text{€} 2.000,00}{\text{€} 5.298,90} \right) - \text{€} 25,00 = \text{€} 297,34 \times 0,3774 - \text{€} 25,00 = \text{€} 87,23$$

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative

A seguito di estinzione anticipata parziale, in alternativa al rimborso parziale del Premio, la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, corrisponderà al Beneficiario, in caso di Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare del debito residuo o delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento in essere prima dell'estinzione anticipata parziale, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà calcolato in base al piano di ammortamento in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali.

In caso di estinzioni anticipate parziali successive alla prima o di estinzione totale che segue precedenti estinzioni parziali, il debito residuo risultante dal piano di ammortamento in essere a tale data verrà conseguentemente riproporzionato in

ragione delle riduzioni che lo stesso ha registrato per effetto delle precedenti estinzioni anticipate parziali intervenute e lo stesso avviene per le diverse componenti del premio e per il debito iniziale del finanziamento, come segue:

$$\begin{aligned}Cg^* &= Cg \times [1 - (Qe / Dr)] \\Pr^* &= Pr \times [1 - (Qe / Dr)] \\Pc^* &= Pc \times [1 - (Qe / Dr)] \\Di^* &= Di \times [1 - (Qe / Dr)]\end{aligned}$$

ART. 12 – Quando comincia la copertura e quando finisce?

12.1 Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24:00 del giorno (la “Data di Decorrenza”) in cui si verifica l’ultimo dei seguenti eventi:

1. Il Modulo di Adesione è stato sottoscritto;
2. L’importo del Finanziamento è stato erogato;
3. è stato corrisposto il Premio.



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

- (i) alla data di cessazione del Finanziamento come ivi prevista;
- (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento;
- (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
- (iv) al raggiungimento da parte dell’Assicurato del 75esimo anno di età (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 69esimo anno di età o il diverso limite di età richiesto ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente, oppure alla data dell’eventuale conseguimento, da parte dell’Assicurato, della pensione anticipata);
- (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di Indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

12.2 Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento, la Compagnia restituirà all’Assicurato, 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 dall’Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale. In alternativa, su richiesta dell’Assicurato di mantenere le coperture assicurative espressa per iscritto da formularsi al momento dell’estinzione anticipata, la Compagnia fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Beneficiario secondo il piano di ammortamento in essere al momento dell’estinzione anticipata integrale.

ART. 13 – Oneri fiscali

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



ART. 14 – Modifiche della polizza

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



ART. 15 – Rinvio alle norme di legge

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



ART. 16 – Altre assicurazioni

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



ART. 17 – Come recedere?

- 17.1 L'Assicurato può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione alla Compagnia o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di sottoscrizione delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.



La comunicazione di recesso deve essere inviata mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a:

- CACI Life dac e CACI Non-Life dac



Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

oppure

- al Contraente **AGOS DUCATO S.p.A.**



Viale Fulvio Testi, 280
20126 Milano

- 17.2 Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. 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. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.
- 17.3 E' 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 del Contraente e dell'Assicurato.

ART. 19 – Riscatto e riduzione

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

ART. 20 – Comunicazioni e reclami

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

Eventuali **COMUNICAZIONI** da parte della Compagnia all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

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

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

E-mail: complaints@ca-caci.ie



- 20.2. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:

Agos Ducato S.p.A.

Gestione Reclami

Viale Fulvio Testi, 280

20126 Milano

E-mail: info@pec.agosducato.it**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 – Negoziiazione, mediazione e risoluzione delle controversie

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

- la **NEGOZIAZIONE ASSISTITA**, ai sensi della Legge n. 162/2014, volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia avvalendosi dell'assistenza prestata da avvocati a tal fine appositamente incaricati dalle parti;
- la **PROCEDURA DI MEDIAZIONE**, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.



La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: **prima di esercitare un'azione giudiziaria relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.**

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente (Financial Services Ombudsman 's Bureau) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Per i contratti stipulati online, il reclamo può essere presentato per mezzo della piattaforma della risoluzione delle controversie online (ODR) accessibile tramite l'indirizzo <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

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, 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 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi con i quali il modulo di Adesione è stato sottoscritto e, ove previsto, le compagnie di co-assicurazione, di riassicurazione, nonché le amministrazioni e le autorità giudiziarie preposte alla vigilanza delle prescrizioni normative e regolamentari rilevanti in materia (a titolo esemplificativo IVASS, COVIP, CONSAP e le motorizzazioni). Possono essere destinatari dei Suoi dati medici, consulenti tecnici di parte e legali.

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

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

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

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

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

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