

# Assicurazione CPI Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo  
Compagnia: CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia  
in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)

Prodotto: “CPI Pubblici e Non Lavoratori”

La presente informativa fornisce un riepilogo delle principali garanzie ed esclusioni del contratto e non tiene conto di esigenze e richieste specifiche. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

CPI Pubblici e Non Lavoratori è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e le rate mensili in caso di Ricovero Ospedaliero.



### Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio non inferiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: in caso di contratto di finanziamento rateale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari al debito residuo in linea capitale comprensivo di Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario. In caso di locazione finanziaria (leasing), la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari al debito residuo attualizzato comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere.

✓ Ricovero Ospedaliero: in caso di contratto di finanziamento rateale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento comprensiva di capitale e interessi con esclusione della Maxi Rata Finale e/o Valore Garantito Futuro, che il Cliente deve ancora corrispondere secondo il piano di ammortamento originario. In caso di locazione finanziaria (leasing), la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, un importo pari all'ammontare del canone mensile secondo il Piano di Ammortamento Originario con esclusione del Valore di Riscatto.

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 a causa di Infortunio: non è assicurata l'Invalidità Totale Permanente inferiore al 60%.



### Ci sono limiti di copertura?

Dalle coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio, sono esclusi:

- ! le conseguenze di Infortuni già note e/o già diagnosticate al momento dell'adesione;
- ! Infortuni derivanti da atti di autolesionismo;
- ! Infortunio derivanti da interventi di carattere estetico;
- ! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- ! Infortuni causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti e sommosse;
- ! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

Dalla copertura Ricovero Ospedaliero sono esclusi:

- ! le conseguenze di Infortuni già note e/o già diagnosticate al momento dell'adesione;
- ! Infortuni o Malattie derivanti da atti di autolesionismo;
- ! Infortunio o Malattie derivanti da interventi di carattere estetico;
- ! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- ! Infortuni causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti e sommosse;
- ! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.



### Dove vale la copertura?

✓ Le coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.



### Che obblighi ho?

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

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



### Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e viene versato in via anticipata dall'Assicurato alla Società per il tramite del Contraente al momento dell'adesione alla polizza collettiva.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. sottoscrizione della Dichiarazione 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?

In caso di durata poliennale del contratto, il Cliente può recedere annualmente dalla polizza a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a cinque anni il recesso annuale non è consentito.

Inoltre, l'Assicurato ovvero il Cliente persona giuridica qualora sia stata indicata una Persona Designata, può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Il Cliente non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi allla Data di Decorrenza delle coperture assicurative.

Gruppo Crédit Agricole S.A.

---

**Contratto di assicurazione Creditor Protection a Premio Unico FCA Bank “CPI PUBBLICI E NON LAVORATORI”**

**La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa**

**Il Fascicolo Informativo contenente:**

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione e Informativa sulla Privacy;
- Glossario;
- Facsimile della Dichiarazione di Adesione

**deve essere consegnato all’Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

*(aggiornamento al 25 Maggio 2018)*

## 1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive n. “L-2000-10-21-190-1” (CACI Life dac) e n. “N-2000-10-21-190-1” (CACI Non-Life dac) denominate “CPI PUBBLICI E NON LAVORATORI” stipulate tra FCA Bank S.p.A. e CACI (di seguito, ciascuna, la “Polizza Convenzione”).

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che dal 1° gennaio 2013 è succeduto a ISVAP in tutti i poteri, funzioni e competenze) con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita ed integrata in base a quanto previsto dagli schemi predisposti dall’ IVASS per i contratti di assicurazione dei rami danni, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell’ IVASS.**

*Si precisa che ai fini di un’adeguata rappresentazione delle caratteristiche della Polizza Convenzione, la presente Nota Informativa è stata integrata per tener conto delle caratteristiche delle singole coperture ivi previste. In particolare, si precisa che: (i) la presente Nota Informativa contiene informazioni in merito alle ulteriori coperture assicurative diverse da quelle sulla vita che vengono fornite in base alla convenzione di assicurazione stipulata tra le società assicurative di seguito indicate e FCA Bank S.p.A. e (ii) la copertura assicurativa relativa al caso morte è prestata unicamente dalla Società CACI Life dac, mentre le altre coperture sono prestate dalla Società CACI Non-Life dac.*

**L’Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE ESULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

### A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### **1. Informazioni generali**

**CACI Life dac** e **CACI Non-Life dac** sono entrambe società di capitali costituite ai sensi del diritto irlandese facenti parte del Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. La società capogruppo è Crédit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: [www.ca-caci.ie](http://www.ca-caci.ie)
- Telefono: +39 02 00638113
- Indirizzo e-mail: [Relazioni.clienti@ca-caci.ie](mailto:Relazioni.clienti@ca-caci.ie)
- Fax: 0035 31 603 96 49

**CACI Life dac** e **CACI Non-Life dac** (ciascuna la “Società”) sono regolarmente autorizzate all’esercizio dell’attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita I e nei rami danni e sono soggette al controllo della Central Bank of Ireland PO Box no.559, Dublin1, Irlanda. Le imprese operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell’Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

**CACI Life non investe il Premio in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di Assicurazioni sulla Vita.**

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società**

Al 31 Dicembre 2017 il patrimonio netto di CACI Life era pari a € 216.305.046 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 76.166.806 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

Il patrimonio netto di CACI Non-Life era pari a € 163.463.605 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 90.272.565 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

L’indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 184% per la parte vita e 132% per la parte danni.

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

#### **3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte**

##### *3.1 Durata delle coperture assicurative*

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; ovvero (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; o (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; o (iv) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell’Assicurato; o (v) al raggiungimento da parte dell’Assicurato del 75esimo anno di età; o (vi) in caso di pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio; (vii) alla data di risoluzione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Cliente nel caso di Cliente persona giuridica.

**Si rinvia all’art. 3 (Decorrenza e durata delle coperture assicurative) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.**

##### *3.2 Prestazioni Assicurative*

La Polizza Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative operanti per tutti gli Assicurati:

- A) Copertura assicurativa per il caso Morte;**
- B) Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio;**
- C) Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero.**

##### **Operatività delle coperture assicurative**

La copertura assicurativa per il caso Morte è prestata da CACI Life e le coperture assicurative per i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero sono prestate da CACI Non-Life.

##### **Descrizione della prestazioni assicurative per ciascuna copertura**

Di seguito sono descritte le prestazioni assicurative relative a ciascuna copertura ed operanti per tutti gli Assicurati:

### A) Copertura assicurativa per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento, come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario:

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

**Avvertenza:** la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 100.000,00. Si rinvia all'art. 23 (Indennizzo per il caso Morte) e all'art. 24 (Esclusioni per il caso Morte) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

### B) Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato derivante da infortunio di grado non inferiore al 60%, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento, come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario:

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

**Avvertenza:** la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 100.000,00. Si rinvia all'art. 28 (Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art. 29 (Esclusioni per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

### C) Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dal quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento, come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 4 (quattro) giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione:

- in caso di contratto di finanziamento rateale una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e interessi, **con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.)**, dovuta dal Cliente al Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e interessi, **con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.)**, che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro o
- in caso di locazione finanziaria (leasing) una somma pari ai canoni mensili dovuti dal Cliente al Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario con esclusione del Valore di Riscatto.

**Avvertenza:** la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 4 (quattro) giorni. L'Indennizzo non potrà 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 tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 32 (Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero) e all'art. 33 (Esclusioni per il caso Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

#### **4. Premi**

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale nella misura del 12,02% applicata sulla sola parte di Premio relativa alla garanzia danni. Il Premio sotto riportato è già comprensivo della suddetta riduzione.

Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento di un Premio unico e anticipato corrisposto dal Contraente per conto del Cliente, comprensivo delle eventuali imposte, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione. Il Premio è a carico del Cliente il quale ha l'obbligo di rimborsarlo al Contraente mediante il Contratto di Finanziamento cui la Polizza Convenzione e la singola adesione del Cliente sono connessi. Il Premio è calcolato come segue:

-0,123% dell'importo del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento richiesto (inclusa la M.R.F. e/o V.G.F. se presente) moltiplicato per il numero dei mesi di durata del Contratto di Finanziamento.

Si specifica che il tasso lordo di Premio è così composto: 0,123% = 0,085% (Morte e Invalidità Totale Permanente) + 0,038% (Ricovero Ospedaliero).

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 52%.

Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente. Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società pari all'85%.

A titolo esemplificativo, nella seguente tabella si riporta il valore della quota parte percepita in media dal Contraente in valore assoluto:

Durata	Capitale Assicurato	Premio netto	Costo mediopercepito dal Contraente
48 mesi	€ 10.000,00	€ 585,46	€ 304,44

Il costo medio percepito dal Contraente è incluso nel Premio unico anticipato corrisposto dal Cliente.

**Avvertenza:** in caso di estinzione integrale anticipata del Contratto di Finanziamento, o in caso di recesso dalla Polizza Convenzione esercitato dopo 5 anni dalla Data di Decorrenza delle coperture assicurative, la Società, per il tramite del Contraente restituirà al Cliente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria delle coperture assicurative e le coperture assicurative verranno estinte. Tale restituzione avverrà tramite detrazione delle parte di Premio non goduto da quanto dovuto dal Cliente al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata. In alternativa, su richiesta del Cliente di mantenere la coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, la Società fornirà le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale in favore del Cliente quale Beneficiario. Nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

Nei casi di estinzione parziale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà al Cliente la parte di Premio pagato e ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta. Tale restituzione avverrà tramite accredito della parte di Premio non goduto, sulle coordinate bancarie del Cliente. In alternativa, su richiesta del Cliente di non procedere alla restituzione della parte di Premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione parziale anticipata, la Società non ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative a favore del Cliente quale Beneficiario, che pertanto rimarranno invariate rispetto al periodo antecedente l'estinzione anticipata.

Si rinvia all'art. 4 (Estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento e recesso dopo 5 anni) e all'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

#### **5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili**

Non sono previsti a beneficio del Cliente meccanismi di partecipazione agli utili.

### **C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE**

#### **6. Costi**

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di premio di cui al precedente art. 4 sono pari al 52%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

#### **7. Sconti**

Non sono previsti sconti di Premio. Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale come specificato nell'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione.

#### **8. Regime fiscale applicabile**

E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicabile alla Polizza Convenzione. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza Convenzione.

##### **8.1 Imposta sui Premi**

I Premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, in linea di principio, i Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%. Eventuali modifiche della normativa fiscale applicabile alla Polizza Convenzione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

##### **8.2 Tassazione delle somme assicurate**

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 6 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e 34 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 601, le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente sono esenti dall'IRPEF. Le somme conseguite in sostituzione di redditi e le indennità conseguite, anche in forma assicurativa, a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi (esclusi quelli dipendenti da Invalidità Permanente o da Morte) costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti.

### 8.3 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, il Cliente persona fisica 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.

Il Premio corrisposto dal Cliente persona giuridica concorre alla determinazione del reddito d'impresa come costo deducibile se inerente all'attività svolta dal Cliente.

## D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

### **9. Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione**

Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che:

1. il Cliente abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto (eventualmente insieme alla Persona Designata) la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto di Finanziamento;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti.

**Si rinvia all'art. 2 (Modalità e limiti di adesione) e art. 3 (Decorrenza e durata della copertura assicurativa) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.**

### **10. Risoluzione della Polizza Convenzione per sospensione del pagamento dei Premi**

Poiché la Polizza Convenzione prevede il pagamento da parte del Cliente di un Premio unico anticipato, non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza Convenzione sospendendo il pagamento dei Premi. Il Premio unico è corrisposto alla Società dal Contraente per conto del Cliente che lo rimborserà mediante il Contratto di Finanziamento.

### **11. Riscatto e Riduzione**

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

### **12. Revoca della Proposta**

La Polizza Convenzione non prevede una proposta da parte dell'Assicurato. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è sufficiente la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

### **13. Diritto di Recesso del Cliente**

Il Cliente può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza delle coperture assicurative, dandone comunicazione alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Resta inteso che il Cliente non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 (sessanta) giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative.

Nel caso in cui la dichiarazione di adesione sia stata sottoscritta da persona giuridica il recesso potrà essere esercitato solo dal legale rappresentante di quest'ultima.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

**-CACI Life dac e CACI Non-Life dac**

via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

- al Contraente mediante trasmissione a:

**FCA Bank S.p.A.**

Customer Care Insurance

Corso Orbassano, 367 Porta 12

10137 Torino

Tel 011 4488 203

Fax 011/3797171

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Cliente 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.

In caso di durata poliennale, a fronte della riduzione di Premio che la Società ha concesso nella misura indicata nel presente Fascicolo Informativo, il Cliente può recedere annualmente dalla polizza a condizione che siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza delle coperture assicurative, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 anni il recesso annuale non è consentito.

### **14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata negli artt. 26, 30 e 34 delle Condizioni di Assicurazione. E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 (trenta) giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

Si ricorda che ai sensi e per gli effetti dell'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 si fonda ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulla circostanza che, qualora trovi applicazione quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed

integrazioni, anche alla luce di quanto previsto dal D.P.R. 116/2007, gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Collettiva che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto potrebbero essere devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell' Economia e delle Finanze.

#### **15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione**

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

#### **16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione**

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

#### **17. Reclami e mediazione**

17.1. 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](mailto:complaints@ca-caci.ie)

17.2. Eventuali reclami riguardanti il Contraente, dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:

**FCA Bank S.p.A.**

Ufficio Reclami  
Corso Giovanni Agnelli 200  
10135 Torino  
Fax: 011/3797170  
E-mail: [fcabank.reclami@fcagroup.com](mailto:fcabank.reclami@fcagroup.com)  
Pec: [fcabank.reclami@pec.fcagroup.com](mailto:fcabank.reclami@pec.fcagroup.com)

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

#### **17.4. Sistemi alternativi di risoluzione delle Controversie**

Qualora tra il Cliente o i suoi aventi causa e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della malattia e sulla misura dell'indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, ad un collegio di tre medici secondo le modalità descritte all'art. 20 – Controversie di natura medica delle Condizioni di assicurazione.

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.



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/>.

## **18. Informativa in corso di contratto**

### ***18.1 Informazioni riguardanti la Società***

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

### ***18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione***

La Società comunicherà prontamente per iscritto al Contraente nel corso della durata contrattuale qualunque modifica alle condizioni di assicurazione intervenuta a seguito della introduzione di clausole aggiuntive ovvero conseguenti a modifiche alla legislazione applicabile.

## **19. Comunicazioni del Cliente alla Società**

Qualsiasi eventuale cambiamento di attività o di professione dell'Assicurato non è soggetto ad alcuna comunicazione alla Società da parte del Cliente.

## **20. Conflitto di Interessi**

Nell'attività di offerta e sottoscrizione della Polizza Convenzione descritta nella presente Nota Informativa, ciascuna Società si impegna a non effettuare operazioni, sia nell'offerta che nella gestione delle polizze, in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto di interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo. Nonostante l'attuale assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione della presente Nota Informativa, la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente.

**CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

## **Il Rappresentante Legale**



Mary Ryan

## 2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive n. "L-2000-10-21-190-1" (CACI Life dac) e n. "N-2000-10-21-190-1" (CACI Non-Life dac) denominate "CPI PUBBLICI E NON LAVORATORI" stipulate tra FCA Bank S.p.A. e CACI sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

### ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1.1. La Società si impegna, nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli successivi a corrispondere al Beneficiario la prestazione che:

- per il caso Morte, è descritta nella sezione A delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, è descritta nella sezione B delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- per il caso Ricovero Ospedaliero, è descritta nella sezione C delle presenti Condizioni di Assicurazione.

1.2. Le coperture assicurative prestate per ciascun Assicurato (Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero), sono esclusivamente quelle risultanti dalla Dichiarazione di Adesione.

### ART. 2 – MODALITA' E LIMITI DI ADESIONE

2.1. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che:

1. il Cliente abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto (eventualmente insieme alla Persona Designata) la Dichiarazione di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto di Finanziamento;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti.

Si specifica che, nel caso in cui il Cliente persona fisica (o nel caso di Cliente persona giuridica, la Persona Designata) non presenti i requisiti richiesti di cui al presente art. 2 (oltre alla accettazione, per la Persona Designata, della copertura assicurativa sulla propria vita), tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.

2.2. In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo 2.1., nel caso di Cliente che sia una persona giuridica è altresì necessario che la Persona Designata:

- i. svolga la propria Normale Attività Lavorativa con funzioni direttive o di amministrazione all'interno della struttura del Cliente o sia il solo dipendente all'interno della Società del Cliente, ad avere i requisiti necessari ed essenziali per svolgere una mansione fondamentale per l'attività economica della Società del Cliente, e nessun altro dipendente della stessa Società del Cliente sia in possesso di tali requisiti;
- ii. abbia espresso il proprio consenso alla copertura assicurativa per il caso di Morte.

2.3. Il Contraente si impegna a verificare che la Persona Designata, scelta dal Cliente persona giuridica ed indicata nella Dichiarazione di Adesione, abbia i requisiti e le condizioni di cui ai precedenti paragrafi 2.1 e 2.2 ad essa applicabili.

2.4. Nel caso in cui la Persona Designata non presenti i suddetti requisiti e la copertura assicurativa non sia quindi attivata, la Società invierà, per il tramite del Contraente, un'apposita comunicazione scritta al Cliente.

Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui ai precedenti paragrafi 2.1 e 2.2.

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

### ART. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi (la "Data di Decorrenza"):

- (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
- (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art. 5.

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

- (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
- (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
- (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
- (iv) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato;
- (v) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età;
- (vi) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio;
- (vii) alla data di risoluzione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Cliente nel caso di Cliente persona giuridica.

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

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

### ART. 4 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO E RECESSO DOPO 5 ANNI

In caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento o in caso di recesso dalla Polizza Convenzione esercitato dopo 5 anni dalla Data di Decorrenza, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

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

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

- Per la parte di Premio puro secondo la regola:  
 $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$
- Per la parte relativa alle commissioni secondo la regola:  
 $R2 = P \times (N-K)/N$

P1= Premio puro imponibile (al netto imposte) relativo alle garanzie di rata  
 P2= Premio puro imponibile (al netto imposte) relativo alle garanzie di capitale  
 P= Premio imponibile (al netto imposte) relativo alle commissioni  
 N= Durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)  
 K= Mese in corso (numero di mesi scaduti)  
 N-K = durata residua

La Società tratterrà dall'importo dovuto (R1 + R2) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società al Cliente.

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

Premio	P1	P2
0,123%	31,06%	68,94%

Di seguito si riporta un esempio calcolato su una durata del Contratto di Finanziamento pari a 48 mesi, capitale assicurato: €10.000,00, estinzione avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione

Per la parte di premio puro secondo la regola:  
 $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$

$$R1 = € 281,02 \times 31,06\% \times (48-24)/48 + € 281,02 \times 68,94\% \times (48-24) \times (48-24+1)/(48 \times (48+1)) = € 93,06$$

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

$$R2 = P \times (N-K)/N$$

$$R2 = € 304,44 \times (48-24)/48 = € 152,22$$

$$R1 + R2 (- \text{spese amministrative}) = € 93,06 + € 152,22 - € 25 = € 220,28$$

In alternativa, in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento, la Società, previa espressa richiesta scritta del Cliente contestuale alla richiesta di estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento, fornirà le coperture assicurative in favore del Cliente quale Beneficiario fino alla data di scadenza del Contratto di Finanziamento. Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e delle rate mensili sarà quello risultante dal Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute in precedenza una o più estinzioni parziali anticipate che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato. In tali casi, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

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

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = \text{Rimborso Premio Totale} * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

Dove:

Capitale Rimborsato: quota parte del capitale finanziato rimborsato dal Cliente.

Debito Residuo: debito residuo del Cliente al momento dell'estinzione anticipata parziale del finanziamento.

Rimborso Premio Totale: rimborso dovuto al Cliente in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento (R1 + R2).

Tale importo viene poi moltiplicato per il coefficiente di riproporzionamento del debito residuo:

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = (P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1)) + P \times (N-K)/N) * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

La Società tratterrà dall'importo dovuto (Rimborso Premio Parziale) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società al Cliente.

Riprendendo l'esempio precedente, in caso di estinzione parziale pari a € 2.000 dopo 24 mesi dall'adesione, l'importo del rimborso parziale sarà così calcolato:

Capitale assicurato	Rimborso premio totale (R1+R2)	Capitale rimborsato	Debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione *
€ 10.000	€ 245,28	€ 2.000,00	€ 5.249,27

(\*) calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%.

Calcolo premio parziale non goduto = € 245,28 \* (2 000/5.249,27) = € 93,45

Importo corrisposto al Cliente: € 93,45 - €25 = €68,45

A seguito di estinzione anticipata parziale, in alternativa al rimborso parziale del Premio, la Società, su richiesta del Cliente di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata parziale del Contratto di 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, come segue:

P1 riproporzionato =  $P1 * (1 - \text{Capitale Rimborsato} / \text{Debito residuo})$

P2 riproporzionato =  $P2 * (1 - \text{Capitale Rimborsato} / \text{Debito residuo})$

P riproporzionato =  $P * (1 - \text{Capitale Rimborsato} / \text{Debito residuo})$

#### ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

5.1. Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale nella misura del 12,02% applicata sulla sola parte di Premio relativa alla garanzia danni. Il Premio sotto riportato è già comprensivo della suddetta riduzione.

Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento di un Premio unico e anticipato corrisposto dal Contraente per conto del Cliente, comprensivo delle eventuali imposte, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione. Il Premio è a carico del Cliente il quale ha l'obbligo di rimborsarlo al Contraente mediante il Contratto di Finanziamento cui la Polizza Convenzione e la singola adesione del Cliente sono connessi.

5.2. Il Premio unico è calcolato come segue:

0,123% dell'importo del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento moltiplicato per ogni mese di durata del Contratto di Finanziamento (inclusa la M.R.F. e/o V.G.F. se presente).

Si specifica che il tasso lordo di Premio è così composto: 0,123% = 0,085% (Morte e Invalidità Totale Permanente) + 0,038% (Ricovero Ospedaliero).

I costi a carico del Cliente relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio sopra indicato sono pari al 52%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente. Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società pari all'85%.

#### ART. 6 – MODIFICA DELLA PERSONA DESIGNATA

6.1. Nel caso in cui, nel corso della durata della Polizza Convenzione, la Persona Designata indicata nella Dichiarazione di Adesione modifichi anche in parte le proprie funzioni all'interno della struttura del Cliente persona giuridica ovvero cessi di svolgere la propria Normale Attività Lavorativa per conto del Cliente stesso, quest'ultimo ha facoltà di nominare una nuova Persona Designata, comunicandone al Contraente il relativo nominativo.

A tal fine, il Cliente dovrà inviare al Contraente una nuova Dichiarazione di Adesione, contenente i dati relativi alla nuova Persona Designata ivi richiesti, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

##### **FCA Bank S.p.A.**

Customer Care Insurance

Corso Orbassano, 367 Porta 12

10137 Torino

Tel: 011 4488 203

Fax: 011/3797171

e-mail: [fcabank.customer.care.insurance@fcagroup.com](mailto:fcabank.customer.care.insurance@fcagroup.com)

6.2. La copertura assicurativa sarà efficace con riferimento alla nuova Persona Designata a condizione che:

1. la nuova Persona Designata presenti i requisiti di cui ai precedenti paragrafi 2.1 e 2.2;
2. il Cliente e la nuova Persona Designata abbiano sottoscritto un modulo per la sostituzione della Persona Designata.

6.3. Nell'ipotesi in cui la persona inizialmente designata non eserciti più la sua attività per conto del Cliente come riportato nella definizione di Persona Designata e in assenza di nomina della nuova Persona Designata, nessuna prestazione sarà dovuta dalla Società come indicato nel precedente art. 3.

#### ART. 7 – ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

7.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato in caso di Cliente persona fisica o i suoi aventi causa ovvero la Persona Designata (in caso di Cliente persona giuridica) devono darne avviso scritto al Contraente preferibilmente tramite l'invio dell'apposito modulo di denuncia Sinistro, che potrà essere richiesto a:

**FCA Bank S.p.A.**

Customer Care Insurance  
Corso Orbassano, 367 Porta 12  
10137 Torino

ovvero telefonicamente al numero 011 4488 203

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

7.2. La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento mediante trasmissione a:

**FCA Bank S.p.A.**

Customer Care Insurance  
Corso Orbassano, 367 Porta 12  
10137 Torino  
Tel: 011 4488 203

Unitamente alla denuncia di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la documentazione di cui al successivo art. 26 per il caso di Morte, al successivo art. 30 per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e al successivo art. 34 per il caso Ricovero Ospedaliero.

**ART. 8 – ONERI FISCALI**

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla Polizza Convenzione sono a carico del Cliente, restando inteso che il loro versamento verrà effettuato ad onere, cura e responsabilità della Società.

**ART. 9 – MODIFICHE DELLA POLIZZA**

Le eventuali modifiche alla Polizza Convenzione o a ciascuna delle coperture assicurative ivi previste devono essere provate per iscritto.

**ART. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

**ART. 11 – LIMITI TERRITORIALI**

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

**ART. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 cod. civ..

**ART. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI**

Si conviene che la copertura assicurativa può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

**ART. 14 – RECESSO DELL'ASSICURATO**

L'Assicurato ovvero il Cliente persona giuridica qualora sia stata indicata una Persona Designata, può recedere dalla Polizza Convenzione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza delle coperture assicurative, dandone comunicazione alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Nel caso in cui la Dichiarazione di Adesione sia stata sottoscritta dal Cliente persona giuridica, il recesso potrà essere esercitato solo dal legale rappresentante di quest'ultima.

Resta inteso che il Cliente non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 (sessanta) giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life dac e CACI Non-Life dac** (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

- al Contraente mediante trasmissione a:

**FCA Bank S.p.A.**

Customer Care Insurance  
Corso Orbassano, 367 Porta 12  
10137 Torino  
Tel: 011 4488 203  
Fax 011/3797171

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Cliente, 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 del Cliente ovvero potrà essere restituito al Cliente sotto forma di maggiore erogato.

In caso di durata poliennale, a fronte della riduzione di Premio che la Società ha concesso nella misura indicata nel presente Fascicolo Informativo, il Cliente può recedere annualmente dalla polizza a condizione che siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza delle coperture assicurative, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 anni il recesso annuale non è consentito.

## ART. 15 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex art. 1916 c.c. nei confronti dell'Assicurato.

## ART. 16 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

16.1. Tutte le comunicazioni da parte del Cliente o dei suoi aventi causa nei confronti della Società, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento. Eventuali comunicazioni da parte della Società al Cliente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto del Cliente stesso.

16.2. 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](mailto:complaints@ca-caci.ie)

16.3. Eventuali reclami riguardanti il Contraente, dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:

**FCA Bank S.p.A.**

Ufficio Reclami  
Corso Giovanni Agnelli 200  
10135 Torino  
Fax: 011/3797170  
E-mail: [fcabank.reclami@fcagroup.com](mailto:fcabank.reclami@fcagroup.com)  
Pec: [fcabank.reclami@pec.fcagroup.com](mailto:fcabank.reclami@pec.fcagroup.com)

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

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI**

- 17.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.
- 17.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ., la copertura assicurativa per il rischio Invalidità Totale Permanente da Infortunio si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

## **ART. 18 – CESSIONE DEI DIRITTI**

L'Assicurato non potrà 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. 19 – PRESCRIZIONE**

Ai sensi e per gli effetti dell'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 si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

## **ART. 20 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA**

Qualora tra il Cliente e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della malattia e sulla misura dell'indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, 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, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali di comune accordo tra essi 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. 21 – 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.

## **CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**

### **SEZIONE A**

#### **COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE**

##### **ART. 22 – OGGETTO**

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 23, qualora:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la relativa copertura assicurativa è efficace, ai sensi del precedente art. 3;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo art. 24;
3. gli aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

##### **ART. 23 – INDENNIZZO PER IL CASO MORTE**

23.1. In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario:

- in caso di contratto di finanziamento rateale una somma pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** Nel caso in cui il Cliente dovesse ricorrere al rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso Morte, secondo i termini e le condizioni di cui alla Polizza Convenzione, qualora sottoscriva una nuova copertura assicurativa e il diritto all'Indennizzo sia sorto nel periodo compreso fra la data della richiesta iniziale di finanziamento e la data della successiva richiesta di rifinanziamento. Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso dell'Assicurato e la data di denuncia del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo pari a 60 (sessanta) giorni di interessi o
- in caso di locazione finanziaria (leasing) una somma pari, al debito residuo attualizzato comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto che al momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere. **Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.**

- 23.2. L'Indennizzo per la copertura assicurativa relativa al caso Morte non può eccedere il massimale di Euro 100.000,00 per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato ed il Contraente al momento del Sinistro.

#### **ART. 24 – ESCLUSIONI PER IL CASO MORTE**

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Morte causata da:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
4. 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 e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
5. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
6. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
7. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
8. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
9. alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
10. pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità di cui al precedente art. 2.

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

#### **ART. 25 – RISCATTO**

La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

#### **ART. 26 – DENUNCIA DEL SINISTRO**

26.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, gli aventi causa dell'Assicurato devono fornire le informazioni necessarie alla Società per il pagamento dell'Indennizzo compilando preferibilmente il modulo di denuncia Sinistro. Gli aventi causa dell'Assicurato devono inoltre inviare i seguenti documenti in allegato:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso (redatta su apposito modulo) e copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- eventuale documentazione del 118 e/o verbale del Pronto Soccorso;
- 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:

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

Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

26.2. Gli aventi causa dell'Assicurato si impegnano a collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla presente polizza. Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

### **SEZIONE B**

#### **COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

##### **ART. 27 – OGGETTO**

Nel caso in cui si verifichi un infortunio dal quale derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale e Permanente di grado non inferiore al 60%, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 28, qualora:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la relativa copertura assicurativa è efficace, ai sensi del precedente art. 3;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui al successivo art. 29;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

##### **ART. 28 – INDENNIZZO PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

28.1. In caso di Invalidità Totale Permanente dovuta ad Infortunio, di grado non inferiore al 60% intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario:

- in caso di contratto di finanziamento rateale una somma pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), che al



momento del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** Nel caso in cui il Cliente dovesse ricorrere al rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, secondo i termini e le condizioni di cui alla Polizza Convenzione, qualora sottoscriva una nuova copertura assicurativa e il diritto all'Indennizzo sia sorto nel periodo compreso fra la data della richiesta iniziale di finanziamento e la data della successiva richiesta di rifinanziamento. Gli eventuali interessi moratori, relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso dell'Assicurato e la data di denuncia del Sinistro, vengono rimborsati dalla Società fino ad un importo massimo pari a 60 (sessanta) giorni di interessi o

- in caso di locazione finanziaria (leasing) una somma pari, al debito residuo attualizzato, comprensivo dei canoni e del Valore di Riscatto, che al momento dell'accertamento dell'invalidità, il Cliente deve ancora corrispondere. **Non sarà indennizzato l'ammontare dei canoni scaduti e non pagati a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sugli stessi.**

28.2. L'Indennizzo per la copertura assicurativa relativa al caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio non può eccedere il massimale di Euro 100.000,00 per ciascun Assicurato in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente al momento del Sinistro.

#### **ART. 29 – ESCLUSIONI PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio dovuti a:

1. Infortuni causati da 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;
2. Infortuni causati all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. trattamenti di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
8. le conseguenze di Infortuni avvenute antecedentemente alla Data di Decorrenza della copertura e/o già note e/o diagnosticate in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
10. Infortuni causati da:
  - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - 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;
  - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
  - guida di natanti a motore per uso non privato;
  - 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;
  - 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, sport aerei in genere.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 2 che precede.

#### **ART. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO**

30.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono fornire le informazioni necessarie alla Società per il pagamento dell'Indennizzo compilando preferibilmente il modulo di denuncia Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre inviare i seguenti documenti in allegato:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità dell'avente causa;
- relazione medica (redatta su apposito modulo);
- 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:

- copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente;
- verbale di Pronto Soccorso.

Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

30.2. L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione

delle prestazioni assicurative previste dalla Polizza Convenzione. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

## **SEZIONE C**

### **COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO**

#### **ART. 31 – OGGETTO**

La Società si impegna a corrispondere al Beneficiario l'Indennizzo di cui al successivo art. 32 qualora:

1. il Sinistro, consistente nel Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato sia avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa ai sensi del precedente art. 3;
2. la data del Ricovero Ospedaliero se dovuto a Malattia sia successiva al Periodo di Carenza di 30 giorni;
3. il Sinistro non rientri in uno dei casi di esclusione di cui al successivo art. 33;
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7.

#### **ART. 32 – INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO**

- 32.1. Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dal quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, in base alla tipologia di Contratto di Finanziamento, come definito nel Glossario, sottoscritto dal Cliente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 4 (quattro) giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro:
- in caso di finanziamento rateale una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e di interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), dovuta dal Cliente al Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario, ad eccezione dei casi in cui siano intervenute precedentemente una o più estinzioni parziali che abbiano dato luogo alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto. In tali casi, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e interessi, con esclusione della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) che il Cliente deve ancora corrispondere ai sensi del piano di ammortamento in essere al momento del Sinistro. Nel caso in cui il Cliente dovesse ricorrere al rifinanziamento della Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.), potrà continuare a beneficiare della copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero, secondo i termini e le condizioni di cui alla Polizza Convenzione, qualora sottoscriva una nuova copertura assicurativa e il diritto all'Indennizzo sia sorto nel periodo compreso fra la data della richiesta iniziale di finanziamento e la data della successiva richiesta di rifinanziamento o
  - in caso di locazione finanziaria (leasing) una somma pari ai canoni mensili dovuti dal Cliente al Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario con esclusione del Valore di Riscatto.
- 32.2. L'Indennizzo di cui al precedente paragrafo 32.1. non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 1.500,00.
- 32.3. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 4 (quattro) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
- 32.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti paragrafi 32.1, 32.2. e 32.3 è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

#### **ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

Sono esclusi dall'oggetto della presente copertura assicurativa i casi di Ricovero Ospedaliero causati da:

1. Infortuni o Malattie causati da 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;
2. Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. trattamenti di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
8. le conseguenze di Infortuni avvenute antecedentemente alla Data di Decorrenza della copertura e/o già note e/o diagnosticate in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
10. Infortuni causati da:
  - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - 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;
  - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
  - guida di natanti a motore per uso non privato;
  - 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;

- 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, sport aerei in genere.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal precedente art. 2.

#### **ART. 34 – DENUNCIA DEL SINISTRO**

- 34.1. Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente art. 7, gli aventi causa dell'Assicurato devono fornire le informazioni necessarie alla Società per il pagamento dell'Indennizzo compilando preferibilmente il modulo di denuncia Sinistro. Gli aventi causa dell'Assicurato devono inoltre inviare i seguenti documenti in allegatocopia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità dell'avente causa;
  - certificato medico di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del sinistro);
  - i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);
- Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.
- 34.2. L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla Polizza Convenzione. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa..

#### **ART. 35 – DENUNCE SUCCESSIVE**

- 35.1. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero relativi allo stesso Assicurato se non è trascorso un Periodo di Riquilificazione pari a 30 (trenta) giorni consecutivi, oppure a 180 (centottanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.
- 35.2. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società con la Polizza Convenzione relativamente alla copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente paragrafo 32.4.

#### ***Valutazione di adeguatezza***

**Nel rispetto della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa (Regolamento IVASS n.5/2006 e sue successive modifiche ed integrazioni) il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare l'adeguatezza del prodotto proposto tramite un apposito questionario, debitamente firmato dal Cliente la cui copia è archiviata dal Contraente**

**“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 dall'intermediario assicurativo, in sede di adesione al contratto di assicurazione.

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 Compagnie sopra menzionate 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 di assicurazione e, in particolare, per:

- la compilazione 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 di assicurazione saranno trattati per le finalità descritte e conservati per un periodo corrispondente ai termini prescizionali indicati nell'art. 19 delle Condizioni Generali 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 precisamente:

- con riferimento alla sottoscrizione, conclusione, esecuzione e gestione del contratto (con esclusione dei dati contenuti nel modulo di adesione): 2 (due) anni dalla scadenza o cessazione del contratto;
- con riferimento al modulo di adesione: 10 (dieci) anni dalla scadenza o cessazione 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 cessazione del contratto.

Nel caso in cui il contratto non sia concluso, i dati possono essere conservati per un periodo di 3 (tre) anni dalla data in cui i dati sono stati conferiti.

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

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

### 3. GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione ovvero la Persona Designata in caso di Cliente persona giuridica.
- **Beneficiario:** indica (i) il Cliente che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione; (ii) limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte del Cliente persona fisica, gli eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo o altro beneficiario designato nel rispetto delle norme di legge e di regolamento vigenti.
- **Canone mensile:** indica nel contratto di locazione finanziaria (leasing) il corrispettivo che viene versato dall'utilizzatore del veicolo alla società locatrice per poter godere del veicolo di proprietà della società locatrice medesima.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica o giuridica che abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Contraente:** indica FCA Bank S.p.A., con sede legale in Corso Giovanni Agnelli 200 – Torino, che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento rateale o il contratto di locazione finanziaria di durata massima pari a 120 mesi e di importo massimo pari ad Euro 100.000,00 stipulato tra il Contraente e il Cliente, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito secondo un piano di ammortamento predeterminato - eventualmente comprensivo di Maxi Rata Finale (M.R.F.) e/o Valore Garantito Futuro (V.G.F.) - o derivante dalla locazione finanziaria, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; ovvero (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione, sottoscritta dal Cliente che sia una persona fisica o dal rappresentante legale del Cliente (che sia una persona giuridica) e dalla Persona Designata contestualmente alla sottoscrizione del Contratto di Finanziamento.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli Artt. 4 e 30 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente al Cliente prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.  
Sono inoltre parificati agli Infortuni:
  1. l'asfissia non di origine morbosa;
  2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
  3. l'assideramento o il congelamento;
  4. i colpi di sole o di calore;
  5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
  6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
  7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
  8. l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad infortunio, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
- **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Maxi Rata Finale (M.R.F.):** indica la Rata Finale che il Cliente dovrà versare ad FCA Bank a conclusione del Contratto di Finanziamento per la quale potrà scegliere se rimborsare in un'unica soluzione o attraverso una dilazione della stessa.
- **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire del Ricovero Ospedaliero, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della copertura assicurativa durante il quale la prestazioni per Ricovero Ospedaliero da Malattia non è efficace.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione del Ricovero Ospedaliero, indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Ricovero Ospedaliero.
- **Persona Designata:** indica, nel caso di Cliente persona giuridica, la persona fisica designata dal Legale rappresentante del Cliente persona giuridica che sottoscrive per conto di quest'ultimo la Dichiarazione di Adesione e in relazione alla quale sono determinati gli eventi assicurati.
- **Piano di Ammortamento Originario:** indica il piano di ammortamento del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento calcolato in base all'importo finanziato, alla durata e al tasso stabilito alla data di sottoscrizione del Contratto di Finanziamento.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nella Dichiarazione di Adesione sottoscritta dal Cliente, dovuta alla Società a fronte della copertura assicurativa.

- **Rata Mensile:** indica il pagamento periodico che il titolare del Contratto di Finanziamento effettua al fine di restituire l'importo finanziato, comprensivo di quota capitale e quota interessi.
- **Ricovero Ospedaliero:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero CACI Non-Life dac.
- **Valore Garantito Futuro (V.G.F.):** indica il prezzo minimo di Riacquisto del Veicolo che l'ente di vendita (o dealer) aderente si impegna a riconoscere al Cliente in caso di riconsegna del veicolo con acquisto di un nuovo veicolo o in caso di riconsegna del veicolo senza riacquisto.
- **Valore di Riscatto:** indica il prezzo finale di acquisto del veicolo che il Cliente dovrà pagare al termine del contratto di locazione finanziaria (leasing).

**4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA**  
**“CPI PUBBLICI E NON LAVORATORI”**  
**POLIZZE COLLETTIVE N. “L-2000-10-21-190-1” (CACI LIFE DAC) E N. “N-2000-10-21-190-1” (CACI NON-LIFE DAC)**  
**(DI SEGUITO LA “POLIZZA”)**

Contratto di Finanziamento (o di locazione finanziaria) N.....

Il Sottoscritto Cognome.....Nome/Società.....nato  
a.....Prov.....il.....(solo per Cliente persona fisica)  
residente/sede sociale.....Via/Piazza.....n°  
.....CAP....., Cod.Fiscale/P.Iva.....

**PRESO ATTO CHE:**

- FCA Bank S.p.A. (di seguito il “**Contraente**”) ha stipulato per conto della propria Clientela con CACI Life dac e CACI Non-Life dac (di seguito ciascuna, la “**Società**”) una Polizza cui possono aderire i Clienti che hanno stipulato un contratto di finanziamento rateale e/o di locazione finanziaria con il Contraente;
- Tale Polizza a premio unico copre i seguenti eventi che dovessero verificarsi in capo all'Assicurato:

**A) Assicurazione per il caso Morte; B) Assicurazione per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio; C) Assicurazione per il caso Ricovero Ospedaliero.**

**DICHIARA DI AVER:**

- ricevuto e preso preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione, del Glossario e del facsimile della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

Data.....

**Firma Assicurato/Persona designata .....**  
**Timbro Società e Firma Legale Rappresentante.....**  
**(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)**

**DICHIARA:**

- di aderire alla Polizza facoltativa sopra indicata, corrispondendo un Premio unico anticipato totale pari a €.....di cui imposte pari a €.....e costi a carico del Cliente/commissioni percepite dal Contraente pari a €.....
- di essere a conoscenza che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento (o della locazione finanziaria) o in caso di recesso della Polizza Convenzione esercitato dopo 5 (cinque) anni dalla Data di Decorrenza, le coperture assicurative cessano di avere efficacia e in tal caso la Società restituirà al Cliente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione e che tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del Premio;
- di essere a conoscenza che, in caso di estinzione parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento che abbia dato luogo alla restituzione della parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione, la Società restituirà al Cliente per il tramite del Contraente la parte di Premio pagato, ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale rimborsata e tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti;
- di autorizzare il Contraente ad addebitare l'importo del Premio di cui sopra, contestualmente all'addebito delle rate previste dal contratto di finanziamento rateale o dei canoni previsti dal contratto di locazione finanziaria e con le stesse modalità, nonché a trasmettere alla Società le informazioni, contenute nel Contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione e gestione delle coperture assicurative di cui alla Polizza;
- di autorizzare i direttori di cliniche, ospedali, case di cura, enti mutualistici, medici liberi professionisti o dipendenti da enti che possano averlo curato o semplicemente visitato (ai quali CACI Life dac e CACI Non-Life dac possano in qualsiasi momento rivolgersi), a rilasciare documenti o informazioni riguardanti il proprio stato di salute liberandoli dall'obbligo a mantenere il segreto professionale in proposito;
- di prestare il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'Articolo 1919 c.c.

**DICHIARA INOLTRE** di aver identificato, in accordo con la Società, la “Persona Designata” in qualità di Assicurato:

Sig.....nato il .....

**[ solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica ]**

- che la Persona Designata sopra nominata o l'Assicurato in caso di Cliente persona fisica:
  - **ha un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti;**
  - ha prestato il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'Articolo 1919 c.c.



**PRIMA DI FIRMARE QUESTA DICHIARAZIONE VI INVITIAMO A VERIFICARE CON ATTENZIONE CHE QUANTO DICHIARATO SIA CORRETTO. QUALSIASI ERRORE O OMISSIONE POTREBBE INVALIDARE LA PRESENTE SCHEDA E RENDERE INEFFICACI LE COPERTURE ASSICURATIVE.**

Data.....

Firma Assicurato/Persona designata .....  
Timbro Società e Firma Legale Rappresentante.....  
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E PARTICOLARI**

**Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della informativa "Tutela Privacy" fornita dalla Società e dal Contraente, di cui al fascicolo informativo ricevuto, redatta ai sensi della normativa vigente.**

**Il sottoscritto presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati particolari ai sensi della normativa vigente, da parte della Società, del Contraente e dei soggetti terzi con le modalità indicate nell'informativa ricevuta.**

**I dati sono trattati per la gestione ed esecuzione delle obbligazioni di cui alla Polizza Convenzione. I dati dell'interessato, ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari, quali i dati concernenti lo stato di salute, sono trasferiti all'estero. Il trasferimento all'estero avverrà limitatamente al territorio dell'Unione europea.**

**La Società e il Contraente si impegnano a trattare i dati personali dell'Assicurato, compresi i dati particolari, nei limiti strettamente necessari alla gestione ed esecuzione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto e, in ogni caso, nei limiti normativi e regolamentari vigenti.**

**Il sottoscritto presta esplicito consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute da parte della Società (titolare del trattamento), dei suoi delegati e di eventuali riassicuratori, in conformità con la normativa applicabile. Il trattamento di tali dati è necessario per l'esecuzione della polizza.**

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato della possibilità di revocare il consenso al trattamento dei propri 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, l'eventuale revoca impedisce all'Assicuratore la valutazione del sinistro medesimo e la corresponsione della eventuale prestazione assicurativa.**

Data.....

Firma Assicurato/Persona designata .....  
Timbro Società e Firma Legale Rappresentante.....  
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

#### **CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

**Il sottoscritto, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del c.c., approva espressamente le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art.2-Modalità e limiti di adesione; Art.3-Decorrenza e durata delle coperture assicurative; Art.7-Oneri dell'Assicurato in caso di Sinistro; Art.12-Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art.14-Recesso dell'Assicurato; Art.18-Cessione dei diritti; Art. 20-Controversie di natura medica; Art. 24- Esclusioni per il caso Morte; Art. 26-Denuncia del Sinistro; Art. 29-Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio; Art. 30-Denuncia del Sinistro; Art. 33-Esclusioni per il caso Ricovero Ospedaliero; Art. 34-Denuncia del Sinistro; Art. 35-Denunce successive.**

Data.....

Firma Assicurato/Persona designata .....  
Timbro Società e Firma Legale Rappresentante.....  
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

#### **ADEGUATA VERIFICA**

**Si rammenta all'Assicurato l'obbligo, ai sensi degli artt. 17 e ss. del D.lgs. 231/2007, così come modificato dal D. Lgs. 90/2017, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Società e al Contraente di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela.**

**Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da affermazioni mendaci dichiara:**

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto e**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

Data.....

Firma Assicurato/Persona designata .....  
Timbro Società e Firma Legale Rappresentante.....  
(solo per il caso in cui l'aderente sia una persona giuridica)

**Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)**

“1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;”

**Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)**

“Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo.”

FAC-SIMILE