

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.

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

Impresa: CACI Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00420)

Prodotto: CPI Pubblici e Non Lavoratori

Data di realizzazione: 4 marzo 2019 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

La presente informativa fornisce una sintesi della copertura Caso Morte 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 decesso.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte

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 del verificarsi del Sinistro, 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 del verificarsi del Sinistro, il Cliente deve ancora corrispondere. La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva (c.d. limiti di Indennizzo).



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 70 anni al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.



Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:

- Suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione;
- Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- Infortuni causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti e sommosse e fatti di guerra.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Pagare il Premio convenuto con la Società;
 - gli aventi causa devono denunciare tempestivamente il Sinistro;
 - trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società. In particolare, i beneficiari devono trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
 - copia di un documento di identità 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;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
 - copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
 - eventuale documentazione del 118 e/o verbale del Pronto Soccorso;
 - scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4);
 - in caso di morte violenta copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia del referto autoptico nel caso fosse stato eseguito.
 - Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la 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 revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

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 alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative.

La polizza collettiva non prevede la possibilità del Cliente di revocare la proposta né di risolvere il Contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

Imprese: CACI Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00420)
CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)
Prodotto: CPI Pubblici e Non Lavoratori

Data di realizzazione: 4 marzo 2019 - Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Caci Life dac, Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda, sito internet www.ca-caci.ie; e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

Caci Non-Life dac, Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda, sito internet www.ca-caci.ie; e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono Compagnie assicuratrici di diritto irlandese appartenenti al Gruppo francese Crédit Agricole S.A. Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

Sito internet: www.ca-caci.ie Telefono: +39 02 00638113 Fax: 0035 31 603 96 49 E-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

Caci Life dac è autorizzata ad operare nel ramo vita I, Codice IVASS Impresa n° 20174 iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di libera prestazione di servizi n° II.00420.

Caci Non-Life dac è autorizzata ad operare nei rami danni (1, 2, 8, 9 e 16), Codice IVASS Impresa n° 10685, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di libera prestazione di servizi n° II.00419.

Caci Life dac e Caci Non-Life dac operano in Italia in regime di libera prestazione di servizi. Le Compagnie sono soggette alla vigilanza di Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

Il Premio non è investito in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di assicurazioni sulla vita.

Al 31 Dicembre 2017 il patrimonio netto di CACI Life dac è pari a € 216.305.046 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 76.166.806 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). Al 31 Dicembre 2017 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 163.463.605 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 90.272.565 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria delle Società (SFCR) è disponibile sul sito internet: <https://www.ca-assurances.com/en/Investors/Onglets/Solvency-2-Narrative-Reports>. 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.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo Vita:

Copertura Caso Morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

L'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà, in ogni caso, eccedere il massimale di Euro 100.000,00.

Ramo Danni:

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

Invalità Totale Permanente da Infortunio: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00;

Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

La polizza collettiva non prevede la possibilità dell'aderente di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Vita, sono esclusi dalla Copertura caso Morte:

- dolo dell'Assicurato;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- 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.

Ramo Danni: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni, sono esclusi dalla copertura caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio:

- 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- 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);
- mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

Ad Integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni, sono esclusi dalla copertura caso Ricovero Ospedaliero:


- 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- 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);
- 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);


Franchigia per la copertura Ricovero Ospedaliero: 4 giorni (Franchigia Relativa).




Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro	<p>Denuncia di Sinistro: In caso di Sinistro, l'Assicurato in caso di 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 e dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a: FCA Bank Spa Customer Care Insurance, Corso Orbassano, 367 Porta 12 10137 Torino ovvero telefonicamente al numero 011 4488 203.</p> <p>Documentazione da presentare in caso di Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none">-copertura caso morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita;-coperture danni: l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione: <u>Invalidità Totale Permanente da Infortunio</u> <ul style="list-style-type: none">-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. <p>Nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento:</p> <ul style="list-style-type: none">- copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente;-verbale di Pronto Soccorso. <p><u>Ricovero Ospedaliero</u></p> <ul style="list-style-type: none">-copia 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).
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione danni si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.).</p> <p>I diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal decesso dell'Assicurato (art. 2952, secondo comma, c.c.). Si richiama l'attenzione sulle previsioni stabilite dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della polizza che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione: la Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa necessaria a valutare il Sinistro.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>La formulazione di dichiarazioni false, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare da parte dell'aderente può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa nonché la stessa cessazione della copertura ai sensi dell'art. 1892, 1893 e 1894 c.c.</p> <p>La Società può recedere dalla copertura assicurativa mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato o al Contraente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	In relazione alle modalità di pagamento del Premio, non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP Vita e al DIP Danni. Il Premio è comprensivo di imposta ed è finanziato da FCA Bank S.p.A. Caci riceve comunque il Premio al momento dell'erogazione del finanziamento e l'aderente dovrà restituire il prestito ottenuto per il pagamento del Premio secondo le modalità previste dal Contratto di Finanziamento stipulato.
Rimborso	In caso di estinzione anticipata totale o parziale del finanziamento la Compagnia restituisce al debitore/assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. La Compagnia trattiene la somma di Euro 25,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Le coperture hanno una durata pari al Contratto di Finanziamento.</p> <p>Le coperture cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione anticipata integrale del Contratto di Finanziamento; (iii) in caso di recesso; (iv) in caso di risoluzione anticipata del Contratto di Finanziamento, anche per inadempimento dell'Assicurato; (v) al raggiungimento del 75esimo anno di età; (vi) al pagamento del capitale assicurato a seguito di Indennizzo per Morte 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.</p> <p>La Copertura Ricovero Ospedaliero è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni per Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia.</p>
Sospensione	Non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza sospendendo il pagamento dei premi.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Recesso, Revoca e Risoluzione	<p>L'aderente ovvero il Cliente persona giuridica qualora sia stata indicata una Persona Designata, può esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla adesione, dandone comunicazione scritta alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Essendo la copertura connessa al Finanziamento, l'aderente che recede entro 60 giorni dalla sottoscrizione può sostituire la polizza con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27). Il diritto di recesso non potrà essere esercitato se l'aderente ha denunciato un Sinistro nel predetto termine di 60 giorni.</p> <p>La comunicazione di recesso deve essere inviata a CACI Life dac e CACI Non-Life dac via Fax: 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 37 97 171.</p> <p>Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative ed ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società.</p> <p>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 Cliente può recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo premio assicurativo 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 di durata inferiore a 5 anni il recesso annuale non è consentito.</p> <p>La polizza collettiva non prevede le possibilità di revocare la proposta né di risolvere il contratto.</p>



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto a lavoratori dipendente pubblico o non lavoratore, di età compresa tra i 18 e i 70 anni al momento dell'adesione alla polizza e non superiore ai 75 anni alla scadenza, che abbia sottoscritto un contratto di finanziamento o un contratto di locazione finanziaria (leasing) con FCA Bank S.p.A.



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.
Costi di intermediazione: sono pari al 52,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).
Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).
Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili della Società pari all'85%.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Per i reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei Sinistri rivolgersi a : CACI Life dac e CACI Non-Life dac Casella Postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) E-mail: complaints@ca-caci.ie Le Compagnie risponderanno nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (oltre il termine di 45 giorni previsto dalla normativa regolamentare), è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it L'aderente può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine delle Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	La procedura di mediazione, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza. La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.
Negoziazione assistita	L'aderente può ricorrere alla procedura di negoziazione assistita ai sensi della Legge n. 162/2014. Tale procedura è volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia, tramite richiesta del proprio avvocato nei confronti della Compagnia. La Compagnia dovrà rispondere all'aderente tramite il proprio avvocato.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente (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/ .
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Detrazione fiscale dei premi: se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi. Tassazione delle somme assicurate: le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate sotto forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

AVVERTENZE

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, LA SOCIETA' HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALLA SOCIETA' LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

PER QUESTO CONTRATTO LA SOCIETA' NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Gruppo Crédit Agricole S.A.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa

(aggiornamento al 4 marzo 2019)

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 dal Modulo di Adesione.

ART. 2 – MODALITA' E LIMITI DI ADESIONE

- 2.1. Prima di essere vincolato dall'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnato il Set Informativo, unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.
- 2.2. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 61 del Regolamento IVASS n. 40/2018, al Cliente viene fornita l'informazione relativa:
- a. al diritto di scegliere di ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
 - b. al diritto, nel caso di cui alla lettera a) di modificare la modalità prescelta per le comunicazioni successive.
- 2.3. 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) il Modulo di Adesione secondo i termini e le condizioni previste dal Contratto di Finanziamento;
 2. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti;
 3. il Cliente sia lavoratore dipendente di ente pubblico o non lavoratore.
- 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.
- 2.4. In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo 2.3, 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.
- 2.5. Il Contraente si impegna a verificare che la Persona Designata, scelta dal Cliente persona giuridica ed indicata nel Modulo di Adesione, abbia i requisiti e le condizioni di cui ai precedenti paragrafi 2.3 e 2.4 ad essa applicabili.
- 2.6. 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 il Modulo di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui ai precedenti paragrafi 2.3 e 2.4.
- 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 del Modulo 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:

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

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

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

dove:

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

Pc = quota parte del Premio Puro unico relativa alle garanzie di capitale

Cg = quota parte del Premio unico relativa ai costi per la gestione della Polizza Convenzione percepita dal Contraente

Dr = debito residuo alla data dell'estinzione

Di = debito iniziale del finanziamento

N = durata copertura inizialmente comunicata (espressa in mesi interi)

K = numero di mesi trascorsi dalla sottoscrizione

(N - K) = durata residua

La Società tratterrà dall'importo dovuto (P + C) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio. Qualora l'importo dovuto (P + C) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla 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	Pr	Pc
0,123%	31,06%	68,94%

Di seguito si riporta un esempio calcolato tenendo conto dei seguenti parametri:

- Contratto di Finanziamento: €10.000,00, durata pari a 48 mesi, tasso d'interesse (TAN) 5%
- capitale assicurato: €10.000,00
- estinzione integrale anticipata avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione
- debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione: €5.249,27
- Premio lordo all'adesione: €590,40
- Premio netto all'adesione: €585,37
 - o Premio Puro: €280,98
 - o Parte relativa ai costi di gestione della Polizza Convenzione: €304,39

Per la parte di Premio Puro secondo la regola:

$$P = (280,98 \times 31,06\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} + (280,98 \times 68,94\%) \times \frac{(48 - 24)}{48} \times \frac{5.249,27}{10.000} = 94,48$$

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

$$C = (304,39) \times \frac{(48 - 24)}{48} = 152,20$$

Importo dovuto pari a:

$$P + C - \text{spese amministrative} = € 94,48 + € 152,20 - € 25 = € 221,68$$

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:

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

dove:

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

Qe = quota di capitale estinta

Dr = debito residuo alla data dell'estinzione

La Società tratterà € 25,00 dall'importo dovuto a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società al Cliente.

Di seguito si riporta un esempio ricavato sulla base del precedente risultato che tiene conto dei seguenti parametri aggiuntivi:

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

Importo dovuto pari a:

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

$$(94,48 + 152,20) \times \frac{2.000}{5.249,27} - 25\text{€} = 68,98\text{€}$$

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:

$$Cg^* = Cg \times [1 - (Q_e / D_r)]$$

$$Pr^* = Pr \times [1 - (Q_e / D_r)]$$

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

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 da Infortunio) + 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 nel Modulo 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 un nuovo Modulo 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

- 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 2.3 e 2.4;
 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 purché 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. La Società può recedere dalla copertura assicurativa mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato o al Contraente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze.

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 il Modulo 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 Set 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
- 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
Pec: 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, utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito dell'IVASS www.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.
I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:
- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
 - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
 - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
 - copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito da quest'ultima;
 - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
- I reclami relativi all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo n. 209/2005) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del Codice del Consumo (Decreto Legislativo n. 206/2005), Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi possono essere presentati 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. L'Assicurato può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine delle Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.
- 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 tramite richiesta del proprio avvocato nei confronti della Società. La Società dovrà rispondere all'Assicurato tramite il proprio avvocato;
- 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 (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza. La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.

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

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

ART. 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. alcolismo, 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 del Modulo 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;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
- 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 del Modulo 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 del Modulo 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 allegato:
 - copia 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 Riqualficazione 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 della coerenza del contratto

Nel rispetto della vigente normativa in materia di distribuzione assicurativa, il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare la coerenza del prodotto proposto con i bisogni e le esigenze del Cliente 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 prescrizionali 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 prescrizionale in caso di reato;
- in ambito di elaborazione commerciale e in assenza di un contratto: i dati elaborati possono essere conservati per un periodo di 3 (tre) anni dall'ultimo contatto infruttuoso.

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi 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.

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.

GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione ovvero la Persona Designata in caso di Cliente persona giuridica.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica i soggetti designati dall'Assicurato.
- **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 il Modulo 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 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 del Modulo di Adesione; ovvero (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **DIP Vita:** indica il documento informativo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi come disciplinato dagli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018. Il DIP Vita contiene le principali informazioni per consentire all'aderente di valutare il prodotto e compararlo con prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** indica il documento informativo integrativo del DIP Vita e del DIP Danni nel caso di contratti in cui a prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi sono abbinate garanzie relative ai prodotti danni come disciplinato dall'art. 16 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **DIP Danni:** indica l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- **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.
- **Modulo di Adesione:** indica il modulo sottoscritto dall'Assicurato, con il quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione.
- **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 o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Ricovero Ospedaliero.
- **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 il Modulo 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.

- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione, sottoscritta dal Cliente, dovuta alla Società a fronte della copertura assicurativa.
- **Premio Puro:** indica il Premio al netto delle imposte e della quota parte di Premio percepita dal Contraente.
- **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.
- **Set Informativo:** indica l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è costituito da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Modulo di Adesione.
- **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).