

Assicurazione Multirischi

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: «CAAB Protection (vendita a distanza)» (cod. 2025/01)



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?

«CAAB Protection (vendita a distanza)» è una polizza collettiva facoltativa che prevede un Indennizzo giornaliero (o Diaria) predeterminato in caso di Ricovero Ospedaliero e di Convalescenza post Ricovero Ospedaliero ed un capitale in caso di Invalidità Totale Permanente. La polizza è stipulata in forma collettiva e prevede l'adesione dell'Assicurato mediante l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza (telefonia vocale).



Che cosa è assicurato?

- ✓ Diaria da Ricovero Ospedaliero: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) pari a Euro 100,00 per ogni giorno di degenza fino ad un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa;
- ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) pari a Euro 40,00 per ogni giorno di degenza fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa;
- ✓ Invalidità Totale Permanente non inferiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari a € 30.000,00. In caso di Invalidità Totale Permanente derivante da Incidente Stradale, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari a € 60.000,00.

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



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi da tutte le coperture:

- ! Il dolo dell'Assicurato o del Beneficiario
- ! atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata
- ! alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra
- ! infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
- ! eventi determinati o correlati ad infermità mentale
- ! trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa
- ! conseguenze di infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato
- ! mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente dopo alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici)



Dove vale la copertura?

✓ Le coperture Diaria da Ricovero Ospedaliero, Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero e Invalidità Totale Permanente 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;
- 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 mensile, comprensivo di imposte e varia in base all'opzione scelta dal Cliente al momento dell'adesione telefonica alla Polizza Convenzione.

Il Premio verrà addebitato in data successiva alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione, mediante domiciliazione diretta (SDD) sul conto corrente indicato dal Cliente al momento dell'adesione.

Il primo addebito del Premio non avviene prima di 30 giorni dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione, comunicata dall'operatore della Società che ha assistito il cliente nel corso della telefonata e riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui il Cliente ha prestato espressamente, in via telefonica, il proprio consenso ad aderire alla presente polizza collettiva.

Le coperture assicurative hanno effetto a partire dalla data di addebito della prima mensilità di Premio comunicata dall'operatore nel corso della telefonata e riportata nel Certificato Personale di Assicurazione allegato alla documentazione contrattuale, salvo che il cliente abbia richiesto espressamente nel corso della telefonata che le coperture assicurative abbiano effetto immediato. Anche nel caso di effetto immediato delle coperture assicurative, il Cliente conserva il diritto di recesso e revoca.

Le coperture assicurative hanno una durata annuale e verranno tacitamente prorogate di anno in anno.



Come posso disdire la polizza?

L'aderente può revocare l'adesione alla polizza collettiva in qualsiasi momento tra la data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico e la data di addebito della prima mensilità di Premio. Inoltre può recedere dalla polizza collettiva in qualsiasi momento.

Per esercitare i diritti di revoca o recesso entro i rispettivi termini, l'aderente dovrà inviare una comunicazione a Bamado Servizi Assicurativi, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, o tramite e-mail, oppure telefonicamente.

Assicurazione Multirischi

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: «CAAB Protection (vendita a distanza)» (Cod.2025/01)

Data di realizzazione: 02/01/2025– Il DIP aggiuntivo Danni 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 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 Non-Life dac, Rappresentanza generale per l'Italia, Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia, sito internet www.ca-caci.it; e-mail: relazioni.clienti@ca-caci.ie

CACI Non-Life dac è una compagnia assicuratrice irlandese appartenente al Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda. Indirizzo della Rappresentanza Generale per l'Italia (con cui sarà concluso il contratto): Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia. Sito internet: www.ca-caci.it Telefono: +39 02 00638113 E-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie. Caci Non-Life dac è autorizzata ad operare nei rami danni (1, 2, 8, 9 e 16), Codice IVASS Impresa n° D883R, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento n° I.00083 a far data dal 18/01/2010, N. REA Mi-1936641.

Al 31 Dicembre 2023 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 154.023.988 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 80.832.948 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 211,8%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali, in particolare:

Diaria da Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo giornaliero (o Diaria) non può eccedere il massimale di Euro 100,00 per ogni giorno di durata del Sinistro fino ad un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa.

Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo giornaliero (o Diaria) non può eccedere il massimale di Euro 40,00 per ogni giorno di durata del Sinistro fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

Invalità Totale Permanente: l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00. In caso di Invalità Totale Permanente dell'Assicurato conseguente ad Incidente Stradale, l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 60.000,00.

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni, sono esclusi da tutte le coperture gli infortuni causati da:

Pratica dei seguenti sport in generale:

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

Pratica dei seguenti sport in competizione:

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

Pratica di sport a livello professionistico:

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Società. La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento a Bamado Servizi Assicurativi - Via C.Goldoni 38/40 - 20090 Trezzano Sul Naviglio (MI); tel: 0236529776; e-mail sinistri.caautobankprotection@bamado.it</p> <p>Documentazione da presentare in caso di Sinistro:</p> <p><u>Diaria da Ricovero Ospedaliero:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;- lettera di dimissione da cui risulti diagnosi e periodo di degenza, oppure, copia del certificato di ricovero;- copia dello stato di famiglia successivo alla data del Sinistro nel caso in cui sia stata scelta la soluzione coppia o famiglia. <p><u>Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;- certificato medico di dimissioni ospedaliere o copia della cartella clinica attestante la necessità ed il periodo di convalescenza successivo al Ricovero Ospedaliero (anche per la continuazione del sinistro);- copia dello stato di famiglia successivo alla data del Sinistro nel caso in cui sia stata scelta la soluzione coppia o famiglia. <p><u>Invalità Totale Permanente:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;- relazione medica compilata dal medico curante sulle cause del Sinistro 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;- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato l'invalidità (es. lettere dimissioni ospedaliere, referto istologico, referti visite specialistiche);- copia dello stato di famiglia successivo alla data del Sinistro nel caso in cui sia stata scelta la soluzione coppia o famiglia.
Dichiarazioni inesatte o reticenti:	<p>La comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Società può impugnare il contratto, comunicando all'Assicurato la propria volontà di procedere con l'impugnazione del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892 e 1894 c.c.).</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalle coperture assicurative mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.</p>
Obblighi dell'impresa:	<p>Liquidazione della prestazione: La Società provvederà ad effettuare il pagamento della prestazione assicurativa, se dovuta, entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio

In relazione alle modalità di pagamento del Premio non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP Danni. Il Premio è comprensivo di imposta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

Le coperture assicurative hanno durata annuale e verranno tacitamente prorogate di anno in anno. L'aderente potrà in ogni caso recedere dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento. Le coperture assicurative cessano comunque al verificarsi di uno dei seguenti casi:

(i) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età; (ii) in caso di recesso o revoca esercitati nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iii) al pagamento del capitale assicurato a seguito di Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente; (iv) trascorsi sei mesi dalla scadenza del termine per il pagamento del Premio mensile senza che lo stesso sia stato versato.

La Copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero da Malattia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 120 giorni.

Sospensione

Se il Cliente non paga uno o più premi successivi al primo, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio mensile rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio non pagato, ferme restando le successive scadenze. Decorsi 6 mesi dalla scadenza del Premio mensile non pagato senza che l'aderente abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione

L'aderente può recedere dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento.

L'aderente può revocare l'adesione alla polizza collettiva in qualsiasi momento tra la data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico, e la data di addebito della prima mensilità di Premio.

La comunicazione di revoca o recesso si intende fatta alla Società ove comunicata mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite e-mail (indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa) ai seguenti indirizzi:

Bamado Servizi Assicurativi, Via C. Goldoni 38/40 - 20090 Trezzano Sul Naviglio (MI); e-mail caautobankprotection@bamado.it o telefonicamente tramite il numero dedicato 0236529776 e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di revoca o recesso dal contratto.

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso o di revoca se ha denunciato un Sinistro durante il periodo intercorrente tra la Data di Adesione e i 30 giorni successivi alla Data di Effetto delle coperture e il Sinistro è in corso di valutazione.

Risoluzione

La polizza collettiva non prevede le possibilità di revocare la proposta né di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al Cliente persona fisica con residenza valutaria in Italia, intestatario di un contratto di finanziamento erogato da CA Auto Bank S.p.A. di età compresa tra i 18 e 70 anni non compiuti all'adesione ed età alla scadenza non superiore a 75 anni compiuti



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.

Costi di intermediazione: sono pari al 30,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).

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

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: CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia Casella postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) e-mail: complaints@ca-caci.ie . La compagnia risponderà nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, 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 della Compagnia, 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, volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia tramite richiesta dal proprio avvocato nei confronti della Società. La Società dovrà rispondere all'Assicurato 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/ .

AVVERTENZE

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva n. “N-2118-10-21-307-1” (CACI Non-Life dac) denominata “Protezione del reddito per infortunio e malattia a premio ricorrente (vendita a distanza) - di seguito “CAAB Protection (vendita a distanza) stipulata tra CA Auto Bank S.p.A. e la Società CACI Non-Life dac– Rappresentanza Generale per l’Italia

La presente polizza è facoltativa


(aggiornamento al 02/01/2025) Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro “Contratti Semplici e Chiari”

COME LEGGERE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti condizioni di assicurazione sono state redatte secondo le linee guida del Tavolo di lavoro ANIA “*Contratti Semplici e chiari*”.

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

In particolare, nelle condizioni di assicurazione potrai trovare:

- ✓ Box esplicativi di colore **VERDE**, contenenti esempi utili per comprendere il funzionamento del contratto e delle coperture offerte.
- ✓ Box esplicativi di colore **BLU**, che contengono l’approfondimento o la spiegazione di clausole contrattuali o norme di legge, al fine di consentire una maggiore comprensione del contratto.
- ✓ L’indicazione **ATTENZIONE** per le clausole contrattuali che dovrai leggere con particolare attenzione, poiché contengono riferimenti a limitazioni, esclusioni, costi oppure oneri a carico dell’Assicurato.
- ✓ Il simbolo  che mette in evidenza le clausole che descrivono il comportamento che il Cliente, l’Assicurato o il Beneficiario devono tenere per poter, tra le altre cose:
 - recedere dal contratto di assicurazione;
 - richiedere informazioni alla Società;
 - denunciare un Sinistro.
- ✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario.

INDICE

ART. 1 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE: COPERTURE ASSICURATIVE E INDENNIZZI	pag. 3 di 17
ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE.....	pag. 5 di 17
ART. 3 – ESCLUSIONI	pag. 6 di 17
ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI.....	pag. 7 di 17
ART. 5 – OBBLIGHI DEL CLIENTE E DELL’ASSICURATO	pag. 7 di 17
ART. 6 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO.....	pag. 7 di 17
ART. 7 – PRESCRIZIONE	pag. 8 di 17
ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	pag. 8 di 17
ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI.....	pag. 8 di 17
ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO.....	pag. 9 di 17
ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	pag. 9 di 17
ART. 12 – ONERI FISCALI	pag. 10 di 17
ART. 13 – MODIFICHE DELLA POLIZZA.....	pag. 10 di 17
ART. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	pag. 10 di 17
ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI	pag. 10 di 17
ART. 16 – RECESSO E REVOCA.....	pag. 10 di 17
ART. 17 – DIRITTO DI SURROGA.....	pag. 11 di 17
ART. 18 – RISCATTO E RIDUZIONE.....	pag. 11 di 17
ART. 19 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE.....	pag. 11 di 17
ART. 20 – CESSIONE DEI DIRITTI.....	pag. 13 di 17
ART. 21 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA	pag. 13 di 17
ART. 22 – SANZIONI INTERNAZIONALI	pag. 13 di 17
“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	pag. 16 di 17

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: COPERTURE ASSICURATIVE E INDENNIZZI

“CAAB Protection (vendita a distanza)” (di seguito anche “Polizza Convenzione”) è una POLIZZA COLLETTIVA FACOLTATIVA, che prevede le seguenti coperture:

- **DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO**
- **DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO OSPEDALIERO**
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%

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

Di seguito sono descritte nello specifico le coperture prestate dalla Società e le relative prestazioni assicurative.

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso di Ricovero Ospedaliero, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo giornaliero (o Diaria) di cui all' art. 1.1.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 11;
- il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.1.1. INDENNIZZO

In caso di Ricovero Ospedaliero, a seguito di Infortunio o Malattia intervenuti durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) pari a € 100,00 per ogni giorno di degenza.

Solo in caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 120 giorni che decorre dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione.

Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica, deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

La copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo giornaliero (o Diaria):** l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 100,00 per ogni giorno di durata del Sinistro;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per Sinistro, nel corso della medesima annualità assicurativa, è pari a 90;
- **massimale globale:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero di Sinistri occorsi durante la medesima annualità assicurativa, è pari a 90.

ATTENZIONE: La copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero non opera nei casi di Ricovero Ospedaliero, che non comporti la degenza di almeno una notte (day hospital).

ATTENZIONE: Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa Diaria da Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 90 di Indennizzi giornalieri nel corso della medesima annualità assicurativa.

Esempio di prestazione per la copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero:

Diaria da Ricovero Ospedaliero = € 100,00 al giorno
massimale globale = 90 giorni per annualità assicurativa
durata Ricovero Ospedaliero = 100 giorni
prestazione assicurativa = € 100,00 x 90 = € 9.000,00

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

Cosa si intende per Periodo di Carenza?

Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo successivo alla data di adesione alla Polizza Convenzione durante il quale la copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia non opera.

Art. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di Convalescenza dell'Assicurato successivo ad un Ricovero Ospedaliero, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo giornaliero (o Diaria) di cui all' art. 1.2.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 11;
- il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.2.1. INDENNIZZO

In caso di Convalescenza dell'Assicurato successivo ad un Ricovero Ospedaliero, a seguito di Infortunio o Malattia intervenuti durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) pari a € 40,00 per ogni giorno di Convalescenza prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di Cura.

Il periodo di Convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del Ricovero Ospedaliero.

La copertura Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo giornaliero (o Diaria):** l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 40,00 per ogni giorno di durata del Sinistro;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per Sinistro, nel corso della medesima annualità assicurativa, è pari a 30.
- **massimale globale:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero di Sinistri occorsi durante la medesima annualità assicurativa, è pari a 30.

ATTENZIONE: La copertura Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero non opera a seguito di Ricovero Ospedaliero, che non comporti la degenza di almeno una notte (day hospital).

ATTENZIONE: Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 30 Indennizzi giornalieri nel corso della medesima annualità assicurativa.

Esempio di prestazione per la copertura Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero:

Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero = € 40,00 al giorno
massimale globale = 30 giorni per annualità assicurativa
durata Convalescenza post Ricovero Ospedaliero = 40 giorni
prestazione assicurativa = € 40,00 x 30 = € 1.200,00

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative.

Art. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Nel caso in cui si verifichi un Infortunio o una Malattia dal quale derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all' art. 1.3.1., se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 11;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui all'art.3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.3.1. INDENNIZZO

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente viene prestata nel caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio avvenuto o di Malattia insorta durante il periodo di efficacia della copertura, perda in modo totale, definitivo ed irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana.

Tale perdita viene stabilita nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/65, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL).

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

In caso di Invalidità Totale Permanente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari a € 30.000. Tale capitale verrà raddoppiato in caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato conseguente ad Incidente Stradale.

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00. In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato conseguente ad Incidente Stradale l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 60.000,00.

ATTENZIONE: Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Invalidità Totale Permanente cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n.1 Indennizzo.

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

- 2.1. Per poter aderire alla Polizza Convenzione è necessario che:
1. il Cliente abbia **stipulato il Contratto di Finanziamento;**
 2. il Cliente al momento in cui ha prestato il consenso telefonico ad aderire alla Polizza Convenzione, abbia **un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti**
 3. l'Assicurato, in caso di adesione del Cliente alla soluzione coppia o famiglia, non abbia **un'età superiore ai 70 anni non compiuti.**

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

ATTENZIONE: Nessun Indennizzo risulterà dovuto se il Cliente e gli Assicurati, al momento dell'adesione, avvenuta mediante Tecniche di Comunicazione a distanza (Contatto Telefonico), non presentavano i requisiti di assicurabilità previsti nel presente articolo.

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

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

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

- a. al diritto di scegliere di ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale ai sensi dell'articolo 73, comma 1, del Regolamento IVASS n. 40/2018, su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b. al diritto di richiedere, in ogni caso e senza oneri, la ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale di cui all'articolo 73, comma 1, del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo e di modificare la Tecnica di Comunicazione a distanza;
- c. al fatto per cui è richiesta la sottoscrizione e la ritrasmissione a Bamado Servizi Assicurativi del Certificato Personale di Assicurazione.
- d. In virtù di quanto sopra, il Cliente è tenuto a sottoscrivere il Certificato Personale di Assicurazione e ad inviarlo a Bamado Servizi Assicurativi, utilizzando, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole, fermo restando che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità dell'adesione alla Polizza Convenzione che si intende comunque perfezionata.

ATTENZIONE: L'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente avviene mediante consenso espresso e registrato telefonicamente. Il Cliente riconosce che l'adesione telefonica, in quanto registrata dietro suo consenso raccolto nel corso della telefonata, ha lo stesso valore legale dell'adesione per iscritto. La verifica dell'avvenuto consenso ad aderire alla Polizza Convenzione potrà essere effettuata, in qualsiasi momento, dal Cliente tramite richiesta alla Società della relativa registrazione telefonica.

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

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

ART. 3 – ESCLUSIONI

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

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
3. alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;
8. conseguenze di Infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate dopo la stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).
10. Infortuni causati da:
 - ✓ Pratica dei seguenti sport in generale:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore.
 - ✓ Pratica dei seguenti sport in competizione:
 - partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;

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

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

ATTENZIONE: nessun indennizzo per le coperture Diaria da Ricovero Ospedaliero e Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero risulterà dovuto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto all'Assicurato importi a titolo di indennizzo per Invalidità Totale Permanente.

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti le coperture Diaria da Ricovero Ospedaliero, Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero e Invalidità Totale Permanente della presente Polizza Convenzione devono intendersi operanti in relazione:

- ai Sinistri cagionati da **colpa grave** dell'Assicurato;
- ai Sinistri determinati da **tumulti popolari o atti di terrorismo**, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ai Sinistri occorsi come conseguenza di **movimenti tellurici**.

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

ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 5 – OBBLIGHI DEL CLIENTE E DELL'ASSICURATO

Il Cliente ha l'obbligo di:

- **pagare il premio convenuto con la Società**, nelle modalità e nella misura prevista dall'art. 10 delle condizioni di assicurazioni e indicato nel Certificato Personale di Assicurazione;
- **collaborare con la Società in caso di Sinistro**, denunciando l'evento assicurato e trasmettendo alla Società la documentazione prevista dalle presenti condizioni di assicurazione;
- **rilasciare dichiarazioni complete e veritiere** per consentire alla Società di valutare il rischio dalla stessa assunto, come precisato dall'art. 9 delle presenti condizioni di assicurazione.

ART. 6 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro che potrà essere richiesto a Bamado Servizi Assicurativi all'indirizzo sotto riportato.
- 6.2 La denuncia Sinistro, insieme alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.4 dovrà essere inoltrata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a:

Bamado Servizi Assicurativi

Via C.Goldoni 38/40

20090 Trezzano Sul Naviglio (MI)

Tel: 0236529776

E-MAIL sinistri.caautobankprotection@bamado.it

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



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

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

6.4.1. DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- lettera di dimissione da cui risulti diagnosi e periodo di degenza, oppure, copia del certificato di ricovero;
- copia dello stato di famiglia successivo alla data del Sinistro nel caso in cui sia stata scelta la soluzione coppia o famiglia.

6.4.2. DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- certificato medico di dimissioni ospedaliere o copia della cartella clinica attestante la necessità ed il periodo di convalescenza successivo al Ricovero Ospedaliero (anche per la continuazione del sinistro);
- copia dello stato di famiglia successivo alla data del Sinistro nel caso in cui sia stata scelta la soluzione coppia o famiglia.

6.4.3. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- relazione medica compilata dal medico curante sulle cause del Sinistro 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;
- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- copia della documentazione medica comprensiva di data di prima diagnosi correlata alle patologie che hanno causato l'invalidità (es. lettere dimissioni ospedaliere, referto istologico, referti visite specialistiche);
- copia dello stato di famiglia successivo alla data del Sinistro nel caso in cui sia stata scelta la soluzione coppia o famiglia.

ATTENZIONE: Se necessario la Società potrà richiedere documenti aggiuntivi ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'assicurato o i suoi aventi causa devono collaborare con la Società per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il datore di lavoro o i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla Polizza Convenzione. Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART. 7 – 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 stesso si fonda.

In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri relativi alle coperture danni che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

La Società effettua il pagamento della prestazione assicurativa entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa prevista nelle presenti condizioni di assicurazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori pro tempore vigenti.

ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

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

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

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

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

Cosa si intende per informazioni false, inesatte e reticenti?

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

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

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento da parte del Cliente di un **Premio mensile** comprensivo delle eventuali imposte, che varia in base all'opzione scelta dal Cliente al momento dell'adesione telefonica alla Polizza Convenzione, come di seguito indicato:

Premio mensile	soluzione singolo	soluzione coppia	soluzione famiglia
	Euro 18,00	Euro 30,00	Euro 38,00

Il Premio mensile verrà addebitato in data successiva alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione, mediante domiciliazione diretta (SDD) sul conto corrente indicato dal Cliente al momento dell'adesione.

La data del primo addebito non avviene prima di 30 giorni dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione ed è comunque comunicata dall'operatore al Cliente nel corso della telefonata ed è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.

Tale Premio resterà invariato ad ogni scadenza mensile. È comunque fatta salva la facoltà della Società di variare il Premio. Il nuovo Premio, che avrà decorrenza dalla successiva data di scadenza mensile, sarà comunicato all'Assicurato con un preavviso di almeno 120 giorni prima dalla data in cui avverrà tale variazione. In ogni caso, l'Assicurato potrà recedere dalla Polizza Convenzione, secondo le modalità illustrate nell'art.16.

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio, sono pari al 30,00%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

Se il Cliente non paga uno o più premi successivi al primo, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio mensile rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio non pagato, ferme restando le successive scadenze. Decorso 6 mesi dalla scadenza del Premio mensile non pagato senza che l'aderente abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.

ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui il Cliente ha prestato telefonicamente il proprio consenso ad aderirvi (**Data di Adesione alla Polizza Convenzione**).

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata annuale e verranno tacitamente prorogate di anno in anno. L'Assicurato potrà in ogni caso recedere dalla Polizza Convenzione in ogni momento, secondo le modalità illustrate nell'art.16.

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- (i) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età;
- (ii) in caso di recesso o revoca esercitati nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
- (iii) al pagamento dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente;
- (iv) trascorsi sei mesi dalla scadenza del termine per il pagamento del Premio mensile senza che lo stesso sia stato versato.

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

Per ogni Assicurato, le coperture assicurative hanno effetto a partire dalla data di addebito della prima rata di Premio mensile (**Data di Effetto delle coperture**), comunicata dall'operatore nel corso della telefonata e riportata nel Certificato Personale di Assicurazione allegato al Set Informativo, salvo che il Cliente abbia richiesto espressamente nel corso della telefonata che le coperture assicurative abbiano effetto immediato, per beneficiare di un mese di assicurazione gratuito proposto dalla Società come offerta commerciale.

Anche nel caso di effetto immediato delle coperture assicurative, l'aderente conserva il diritto di recesso e revoca ai sensi dell'art.16 delle presenti condizioni di assicurazione.

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

ART. 12 – ONERI FISCALI

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

ART. 13 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 16 – RECESSO E REVOCA

16.1 L'aderente può **RECEDERE** dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento.

L'aderente può **REVOCARE** l'adesione alla presente Polizza Convenzione in qualsiasi momento tra la Data di Adesione alla Polizza Convenzione e la Data di Effetto delle coperture.

16.2 La comunicazione di recesso o revoca si intende fatta alla Società ove comunicata mediante una delle seguenti modalità:

invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite e-mail (indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa) ai seguenti indirizzi:



Bamado Servizi Assicurativi

Via C. Goldoni 38/40

20090 Trezzano Sul Naviglio (MI)

E-MAIL caautobankprotection@bamado.it

oppure telefonicamente tramite il numero dedicato 0236529776, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di revoca o recesso dal contratto.

- 16.3 La revoca o il recesso decorreranno dalla data riportata sulla comunicazione inviata dal Cliente o dalla data della telefonata se comunicati telefonicamente.
- 16.4 In caso di revoca, il contratto sarà automaticamente annullato dalla Data di Effetto delle coperture e la Società rimborserà all'Assicurato l'eventuale Premio già addebitato, al netto delle imposte versate.
- 16.5 In caso di recesso dalla Polizza Convenzione, il contratto rimarrà in ogni caso vigente per il periodo di assicurazione per il quale è già stato corrisposto il relativo Premio mensile.
- 16.6 Resta inteso che l'aderente non può esercitare il diritto di recesso o di revoca se ha denunciato un Sinistro durante il periodo intercorrente tra la Data di Adesione e i 30 giorni successivi alla Data di Effetto delle coperture e il Sinistro è in corso di valutazione.

ART. 17 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 18 – RISCATTO E RIDUZIONE

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

ART. 19 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

Tutte le comunicazioni da parte del Cliente 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.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto, a:

CACI Non-Life dac

Ufficio Reclami

Beaux Lane House

Mercer Street Lower

Dublino 2 (Irlanda)

E-mail: complaints@ca-caci.ie

oppure

CACI Non-Life dac

Rappresentanza Generale per l'Italia

Casella postale chiusa 90

presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

E-mail: complaints@ca-caci.ie

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

CA Auto Bank S.p.A.

Ufficio Reclami

Corso Orbassano, 367

10137 Torino

E-mail: reclami@ca-autobank.com

Pec: reclami@pec.ca-autobank.com

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 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.

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o 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. 20 – 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. 21 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

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

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

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

ART. 22 – SANZIONI INTERNAZIONALI

Caci Non Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia, Società appartenente al Gruppo Crédit Agricole, si conforma 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 Non Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia non potrà pertanto corrispondere alcuna prestazione assicurativa in violazione delle disposizioni sopra richiamate.

GLOSSARIO

• **Assicurato:**

- **Soluzione singolo:** si intende il Cliente.
- **Soluzione coppia:** si intende il Cliente ed il coniuge non divorziato o separato legalmente o il partner unito civilmente con il Cliente (l. 76/2016) non divorziato o il convivente more uxorio del Cliente stabilmente convivente con il Cliente nella stessa residenza, come risultanti dallo stato di famiglia alla data del Sinistro.
- **Soluzione famiglia:** si intende il Cliente, il coniuge del Cliente non divorziato o separato legalmente o il partner unito civilmente con il Cliente (l. 76/2016) non divorziato o il convivente more uxorio del Cliente stabilmente convivente con il Cliente nella stessa residenza ed i figli, come risultanti dallo stato di famiglia alla data del Sinistro.
- **Bamado Servizi Assicurativi:** indica la società di cui si avvale CACI Non-Life dac per la gestione delle pratiche amministrative relative ai servizi di incasso del premio e gestione dei sinistri.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato.
- **Certificato Personale di Assicurazione:** indica il modulo inviato al Cliente insieme al DIP Danni, al DIP aggiuntivo Danni e alle condizioni di assicurazione comprensive di Glossario, da sottoscrivere e ritrasmettere da parte del Cliente.
- **Cliente (o aderente):** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento ed abbia aderito alla Polizza Convenzione mediante espresso consenso reso telefonicamente.
- **Contraente:** indica CA Auto Bank S.p.A. con sede legale in Corso Orbassano 367 - Torino, che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto con il quale il Contraente concede in prestito al Cliente una somma, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato.
- **Convalescenza:** indica il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, a seguito di Ricovero Ospedaliero, necessario per riabilitazione e cure dell'Assicurato.
- **Data di Adesione alla Polizza Convenzione:** indica la data in cui l'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente è perfezionata mediante consenso espresso telefonicamente.
- **Data di Effetto delle coperture:** indica la data di addebito della prima mensilità di Premio, data a partire dalla quale il contratto di assicurazione produce i suoi effetti.
- **Diaria:** indica l'Indennizzo giornaliero nei casi di Ricovero Ospedaliero e Convalescenza post Ricovero Ospedaliero.
- **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.
- **DIP aggiuntivo Danni:** indica il documento integrativo del DIP Danni che fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto alle informazioni contenute nel DIP Danni come disciplinato dall'art. 29 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **Colligo S.p.A.:** indica la società di cui si avvale il Contraente per la promozione e il collocamento delle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione mediante Tecniche di Comunicazione a distanza.
- **Incidente Stradale:** indica l'incidente causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, dove l'Assicurato si trovi nella condizione di conducente, passeggero o pedone.
- **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, eccetto la malaria e le malattie tropicali;
 8. l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente:** indica il caso in cui l'Assicurato, perda in modo totale, definitivo e irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza. Tale perdita viene stabilita nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 5/02/1992 (tabelle INPS).

- **Istituto di Cura:** 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.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo successivo alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione durante il quale la copertura assicurativa Diaria da Ricovero Ospedaliero non è efficace.
- **Polizza Convenzione:** indica la polizza collettiva sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, comunicata telefonicamente al Cliente, riportata nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative previste dalla Polizza Convenzione.
- **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 aggiuntivo Danni, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Certificato Personale di Assicurazione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura assicurativa.
- **Società:** indica CACI Non-Life dac.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza:** indica qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Società, del Contraente e del Cliente, possa impiegarsi per il perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione da parte del Cliente.

“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Compagnia CACI Non-Life dac è titolare del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti in sede di adesione al contratto di assicurazione dall'intermediario assicurativo CA Auto Bank S.p.A. e dal medesimo trattati in qualità di Responsabile del Trattamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- In ambito di lotta al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo: 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: sei anni dalla scadenza o termine del contratto;
- in ambito di lotta alle frodi: sei mesi dalle segnalazioni per quelle irrilevanti; per le segnalazioni rilevanti, invece, il periodo di conservazione dei dati è di 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 tre anni dall'ultimo contatto infruttuoso.

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

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

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

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

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

CACI Non-Life dac ha 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.