

# Assicurazione CPI Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo  
Impresa: CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00083)

Prodotto : “Protezione Affidamenti Più Crédit Agricole Italia” (cod. 2023/01)

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?

Protezione Affidamenti Più Crédit Agricole Italia è una polizza collettiva accessoria alla Linea di Credito che prevede un Indennizzo giornaliero (o Diaria) predeterminato in caso di Ricovero Ospedaliero e indennizza il capitale assicurato in caso di Invalidità Totale Permanente o una percentuale del capitale assicurato in caso di Inabilità Temporanea Totale.



### Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio o Malattia superiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato risultante alla data di pagamento dell'ultimo Premio da parte del Cliente.

✓ Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al 2,5% del Capitale Assicurato risultante alla data di pagamento dell'ultimo Premio da parte del Cliente.

✓ Diaria da Ricovero Ospedaliero: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) pari a Euro 150,00 per ogni giorno di degenza fino ad un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa;

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?

Dalle coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero sono esclusi:

! Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

! gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

! Infortuni causati da pratica dei seguenti sport: paracadutismo, guida di natanti a motore per uso non privato, atletica pesante, sci acrobatico;



### Dove vale la copertura?

✓ Le coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da 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 mensile e viene versato in via anticipata tramite addebito automatico sul conto corrente del Cliente al momento dell'adesione alla polizza collettiva.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. perfezionamento dell'adesione alla polizza; 2. pagamento del premio.

La durata della copertura è a tempo indeterminato e verrà tacitamente prorogata di mese in mese tramite il pagamento del premio, salvo disdetta da parte del Cliente.



### Come posso disdire la polizza?

Il Cliente può dare disdetta in qualsiasi momento. Tramite la comunicazione di disdetta, il Cliente impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.

Inoltre, il Cliente può recedere dalla polizza entro 60 giorni dal momento in cui ha prestato il proprio consenso all'adesione, dandone comunicazione scritta alla Società e 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 sottoscrizione della copertura assicurativa e il sinistro è in corso di valutazione.

# Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

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

Prodotto: "Protezione Affidamenti Più Crédit Agricole Italia" (cod. 2023/01)

Data di realizzazione: 02/05/2023 - 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?

Protezione Affidamenti Più Crédit Agricole Italia è una polizza collettiva accessoria alla Linea di Credito che indennizza il capitale assicurato in caso di decesso



### Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

#### Copertura Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato risultante alla data di pagamento dell'ultimo Premio da parte del Cliente.

La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva.



### Che cosa NON è assicurato?

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



### Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
- uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- suicidio dell'Assicurato se avvenuto nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
- pratica di immersioni subacquee non in apnea, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo.



### 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;
  - Il Cliente o chi per esso deve denunciare tempestivamente il Sinistro;
  - trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società. In particolare, i beneficiari, il Cliente o chi per esso deve trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
    - copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
    - certificato di morte;
    - relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
    - verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
    - scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4).
    - In caso di morte violenta, copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia di eventuale referto autoptico.
  - 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 e viene versato in via anticipata tramite addebito automatico sul conto corrente del Cliente al momento dell'adesione alla polizza collettiva.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi: 1. perfezionamento dell'adesione alla polizza; 2. pagamento del premio.

La durata della copertura è a tempo indeterminato e verrà tacitamente prorogata di mese in mese tramite il pagamento del premio, salvo disdetta da parte del Cliente.



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

Il Cliente può dare disdetta in qualsiasi momento. Tramite la comunicazione di disdetta, il Cliente impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.

Il Cliente può recedere dalla polizza entro 60 giorni dal momento in cui ha prestato il proprio consenso all'adesione, dandone comunicazione scritta alla Società e 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 sottoscrizione della copertura assicurativa e il sinistro è in corso di valutazione.

La polizza collettiva non prevede la possibilità per il Cliente di revocare la proposta, nè 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 - Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00082)  
CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00083)

Prodotto : “Protezione Affidamenti Più Crédit Agricole Italia” (cod. 2023/01)

Data di realizzazione: 02/05/2023 - 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 – Rappresentanza generale per l'Italia, Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia, sito internet [www.ca-caci.it](http://www.ca-caci.it); e-mail: [Admin.it@ca-caci.it](mailto:Admin.it@ca-caci.it).

Caci Non-Life dac – Rappresentanza generale per l'Italia, Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia, sito internet [www.ca-caci.it](http://www.ca-caci.it); e-mail: [Admin.it@ca-caci.it](mailto:Admin.it@ca-caci.it).

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. 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](http://www.ca-caci.it) Telefono: +39 02 3661 7200 E-mail: [Admin.it@ca-caci.it](mailto:Admin.it@ca-caci.it).

Caci Life dac è autorizzata ad operare nel ramo vita I, Codice IVASS Impresa n° D882R, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento n° I.00082 a far data dal 18/01/2010, N. REA Mi-1936642.

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.

Caci Life dac e CACI Non-Life dac operano in Italia in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia. 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 2022 il patrimonio netto di CACI Life dac è pari a € 145.325.207 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 5.186.967 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). Al 31 Dicembre 2022 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 136.137.092 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 62.946.052 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 188.7 % per la parte vita e 202.7% 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 2.600.000,00.

### Ramo Danni:

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

Invalità Totale Permanente: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e, in ogni caso, non potrà eccedere il massimale di Euro 2.600.000,00;

Inabilità Temporanea Totale: l'Indennizzo non può eccedere l'ammontare della Linea di Credito utilizzata, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.500,00. 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. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

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

Diaria da Ricovero Ospedaliero: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) pari a Euro 150,00 per ogni giorno di degenza fino ad un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa



## 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?

### Esclusioni generiche valide per tutte le coperture:

- 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;
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;
- alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

**Ramo Vita:** ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Vita e di quelle generiche valide per tutte le coperture sopra riportate, sono esclusi dalla Copertura caso Morte:

- 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 (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.

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

**Ramo Danni:** ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni e di quelle generiche valide per tutte le coperture sopra riportate, sono esclusi dalle coperture caso Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero

- gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
- 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).

**Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni (franchigia assoluta).**

**Franchigia per la copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero: 2 giorni (franchigia relativa)**



**Cosa fare in caso di Sinistro**

**Denuncia di Sinistro:** la denuncia di Sinistro dovrà essere presentata alla Società nel più breve tempo possibile, compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro.  
La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere trasmessa con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a: CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia Casella Postale chiusa 90, Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) e mail: [Admin.it@ca-caci.it](mailto:Admin.it@ca-caci.it).  
Documentazione da presentare in caso di Sinistro:  
-copertura caso morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita;  
-coperture danni:  
il Cliente o chi per esso deve trasmettere alla Società i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:  
Invalidità Totale Permanente  
- Copia di un documento di identità dell'Assicurato;  
- relazione medica 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;  
Inabilità Temporanea Totale  
- Copia di un documento di identità dell'Assicurato;  
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;  
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, eventuale certificato di ricovero in ospedale eventuale verbale di Pronto Soccorso e copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del Sinistro);  
- copia del certificato INPS/INAIL di inabilità temporanea totale;  
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.  
Diaria Da Ricovero Ospedaliero  
- copia di un documento di identità dell'Assicurato;  
- certificato medico di ricovero in ospedale;  
- copia della cartella clinica da cui risultino diagnosi e periodo di degenza

**Prescrizione:** I diritti derivanti dal **contratto di assicurazione danni** si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.).  
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.

**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.

**Dichiarazioni inesatte o reticenti**

La comunicazione alla Società da parte del Cliente e dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare da parte dell'Assicurato 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 al Cliente 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 al Cliente 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 al Cliente la parte di premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta al Cliente le mensilità di Premio pagate e non godute calcolate alla data della dichiarazione di recesso fatta al Cliente.



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	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.
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>La durata delle coperture è a tempo indeterminato e verrà tacitamente prorogata di mese in mese tramite il pagamento del premio, salvo disdetta da parte del Cliente.</p> <p>Le coperture 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) al venir meno del rapporto lavorativo con il Cliente; (iii) assenza della Linea di Credito per un periodo consecutivo di almeno 6 mesi; (iv) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente.</p> <p><b>Le coperture Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero sono soggette ad un Periodo di Carenza di 30 giorni in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia o Ricovero Ospedaliero da Malattia.</b></p>
<b>Sospensione</b>	<p>Se il Cliente non paga il Premio mensile, le coperture assicurative restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio mensile non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di tutti i Premi mensili arretrati e non pagati, ferme restando le successive scadenze.</p> <p>Decorso 6 mesi dalla scadenza del primo Premio mensile non pagato senza che il Cliente abbia provveduto al pagamento dei Premi mensili scaduti, l'adesione alla polizza si intenderà risolta di diritto.</p>



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

<b>Recesso Revoca e Risoluzione</b>	<p>Il Cliente può dare disdetta in qualsiasi momento. Tramite la comunicazione di disdetta, il Cliente impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.</p> <p>L'aderente può esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dall'adesione, dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Essendo la copertura connessa alla Linea di Credito, 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 e il sinistro è in corso di valutazione.</p> <p>La comunicazione di recesso deve essere inviata a CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale chiusa 90, ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) e al Contraente mediante consegna all'Agenzia/Filiale Crédit Agricole Italia S.p.A. presso la quale è avvenuta l'adesione.</p> <p>Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborserà, per il tramite del Contraente, il Premio pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.</p> <p>La polizza collettiva non prevede la possibilità di revocare la proposta, né di risolvere il contratto.</p>
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





### A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al Cliente persona giuridica o persona fisica, che eserciti attività di impresa o libera professione, titolare di una Linea di Credito, che designa quale Assicurato un soggetto con età compresa tra 18-65 anni al momento dell'adesione alla polizza ed età alla scadenza non superiore a 75 anni, che svolge la propria Normale Attività Lavorativa nell'ambito dell'attività di impresa esercitata dal Cliente.



### Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.  
Costi di intermediazione: sono pari al 50,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).  
Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).  
Costi per eventuali visite mediche: sono a carico dell'Assicurato.



### 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 Rappresentanza Generale per l'Italia Casella Postale chiusa 90  
Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV)  
E-mail: [complaints@ca-caci.ie](mailto: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](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)  
  
L'aderente/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 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](http://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/Assicurato 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/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/>.

## REGIME FISCALE

### Trattamento fiscale applicabile al contratto

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

Tassazione delle somme assicurate: le somme percepite dal Beneficiario nell'esercizio dell'attività d'impresa concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate all'ordinaria tassazione. 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, invece, in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

## AVVERTENZE

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**LA SOCIETA' HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**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-2092-10-43-281-1 (CACI Life dac) e n. N-2092-10-43-281-1 (CACI Non Life dac) denominate “PROTEZIONE AFFIDAMENTI PIÙ” stipulate tra CRÉDIT AGRICOLE ITALIA S.p.A. e le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l’Italia**

**La presente polizza assicurativa è accessoria alla Linea di Credito**


*(aggiornamento al 02/05/2023) 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, le Società ti spiegano in questa pagina quali forme di comunicazione vengono utilizzate per aiutarti nella lettura e comprensione del contratto.

In particolare, nelle condizioni di assicurazione potrai trovare:

- Box esplicativi di colore **VERDE**, contenenti esempi utili per comprendere il funzionamento del contratto e delle coperture offerte.
- Box esplicativi di colore **BLU**, che contengono l’approfondimento o la spiegazione di clausole contrattuali o norme di legge, al fine di consentire una maggiore comprensione del contratto.
- L’indicazione **ATTENZIONE** per le clausole contrattuali che dovrai leggere con particolare attenzione, poiché contengono riferimenti a limitazioni, esclusioni, costi oppure oneri a carico del Cliente e 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:
  1. recedere dal contratto di assicurazione;
  2. richiedere informazioni alle Società;
  3. 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 1 di 17
ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE.....	pag 4 di 17
ART. 3 – ESCLUSIONI .....	pag 5 di 17
ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI.....	pag 6 di 17
ART. 5 – OBBLIGHI DEL CLIENTE E DELL'ASSICURATO.....	pag 6 di 17
ART. 6 – SOSTITUZIONE DELL'ASSICURATO .....	pag 7 di 17
ART. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO .....	pag 7 di 17
ART. 8 – PRESCRIZIONE.....	pag 8 di 17
ART. 9 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	pag 8 di 17
ART. 10 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI.....	pag 9 di 17
ART. 11 – PAGAMENTO DEL PREMIO.....	pag 9 di 17
ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	pag 10 di 17
ART. 13 – ONERI FISCALI.....	pag 10 di 17
ART. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA .....	pag 10 di 17
ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	pag 10 di 17
ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI .....	pag 10 di 17
ART. 17 – RECESSO .....	pag 10 di 17
ART. 18 – DISDETTA .....	pag 11 di 17
ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA.....	pag 11 di 17
ART. 20 – RISCATTO E RIDUZIONE .....	pag 11 di 17
ART. 21 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE.....	pag 11 di 17
ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI.....	pag 12 di 17
ART. 23 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA.....	pag 12 di 17
ART. 24 – SANZIONI INTERNAZIONALI .....	pag 13 di 17
GLOSSARIO .....	pag 14 di 17
“ TUTELA PRIVACY ” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI .....	pag 16 di 17

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

Protezione Affidamenti Più (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA ACCESSORIA ALLA LINEA DI CREDITO**, che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE**, operante in tutti i paesi del mondo;
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60% derivante da Malattia o Infortunio;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**
- **DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO**

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

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

### **Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE**

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.1.1., 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. 12;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all'art.3;
3. il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 7.

#### **Art. 1.1.1. INDENNIZZO**

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato risultante alla data di pagamento dell'ultimo Premio precedente la data del verificarsi del Sinistro.

**ATTENZIONE:** L'Indennizzo non può eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00 per ogni singolo Assicurato, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

### **Art. 1.2. 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. 1.2.1., 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. 12;
- il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui all'art.3;
- il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 7.

#### **Art. 1.2.1. 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 esclusivamente 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 tassativamente **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 importo pari al Capitale Assicurato risultante dalla data di pagamento dell'ultimo Premio precedente la data del verificarsi del Sinistro.

**ATTENZIONE:** L'Indennizzo non può eccedere il massimale complessivo di Euro 2.600.000,00 per ogni singolo Assicurato, anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo ai medesimi Assicurati.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, prima che la Società abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti, il Beneficiario dell'Assicurato potrà

dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Totale Permanente. **In questo caso la Società provvederà al pagamento dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente e non per il Caso Morte.**

### **Art. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale, 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. 12;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui all'art.3;
3. il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui agli art. 5 e 7.

#### **1.3.1. INDENNIZZO**

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni**, un importo pari al 2,5% del Capitale Assicurato risultante alla data di pagamento dell'ultimo Premio precedente la data del verificarsi del Sinistro e così per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro e nei limiti dei **massimali** previsti nel presente articolo.

**Solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che decorre dalla prima adesione alla Polizza Convenzione**, pertanto, la data di attestazione dell'Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

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

La copertura Inabilità Temporanea Totale prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo mensile:** per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere l'ammontare della Linea di Credito Utilizzata con un massimale di Euro 2.500,00;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale per lo stesso Sinistro è di n.12 Indennizzi mensili;
- **massimale globale:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è di n. 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

**ATTENZIONE:** dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 90 giorni consecutivi.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 24 Indennizzi mensili.

#### **Esempio:**

L'Assicurato subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 6 mesi, denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e trascorsi **30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo che non può superare Euro 2.500,00.

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

Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato sta bene e torna a svolgere la sua normale attività lavorativa, il Sinistro quindi è chiuso e la Società non eroga più l'Indennizzo mensile ma, dopo 60 giorni subisce un nuovo infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

*La successiva prestazione assicurativa per Inabilità Temporanea Totale risulta dovuta?*

**NO**, in quanto l'Assicurato non è tornato a svolgere la sua normale attività lavorativa per 90 giorni consecutivi prima di denunciare un nuovo sinistro per Inabilità Temporanea Totale. (**Periodo di Riqualficazione**).

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

#### **Art. 1.4. 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. 1.4.1, 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. 12;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui agli art. 5 e 7.

##### **Art. 1.4.1. INDENNIZZO**

In caso di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato **di almeno 2 giorni (Periodo di Franchigia Relativa)**, 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 € 150,00 per ogni giorno di degenza.

**Solo in caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 giorni che decorre dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione.**

Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero 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 150,00 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 60;
- **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 60.

**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. 60 di Indennizzi giornalieri nel corso della medesima annualità assicurativa.

#### **Esempio di prestazione per la copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero:**

Diaria da Ricovero Ospedaliero = € 150,00 al giorno  
durata Ricovero Ospedaliero = 70 giorni  
massimale globale = 60 giorni per annualità assicurativa  
prestazione assicurativa = € 150,00 x 60 = **€ 9.000,00**

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

<b>Cosa si intende per Periodo di Riquilificazione?</b>	Il Periodo di Riquilificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
<b>Cosa si intende per Periodo di Carenza?</b>	Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione durante il quale le coperture per Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia e Diaria da Ricovero Ospedaliero dovuta a Malattia non operano.



<b>Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?</b>	Il Periodo di Franchigia Assoluta è il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
<b>Cosa si intende per Periodo di Franchigia Relativa?</b>	Il Periodo di Franchigia Relativa è il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo giornaliero (o Diaria).

## ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

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

1. il Cliente sia **titolare di una Linea di Credito** e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
2. gli Assicurati designati dal Cliente abbiano **un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
3. gli Assicurati designati dal Cliente svolgano la propria Normale Attività Lavorativa nell'ambito dell'attività di impresa o libera professione esercitata dal Cliente ed abbiano espresso il proprio consenso alla copertura assicurativa per il caso Morte.

Il Cliente ha facoltà di designare contestualmente piu' Assicurati in relazione alla medesima adesione.

2.2. In aggiunta a quanto previsto da precedenti paragrafi:

- (i) **Per le coperture assicurative di importo fino ad Euro 200.000,00**, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà fornire risposta negativa a tutte le domande presenti nel questionario sanitario, che costituisce parte integrante del presente contratto di assicurazione. In caso di risposta affermativa ad una o più domande del suddetto questionario, dovrà essere trasmesso alla Società il questionario medico autocertificato debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.
- (ii) **Per le coperture assicurative di importo compreso tra Euro 200.000,01 ed Euro 300.000,00**, dovrà essere trasmesso alla Società il questionario medico autocertificato debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato.
- (iii) **Per le coperture assicurative di importo superiore a Euro 300.000,01** dovrà essere trasmesso alla Società il rapporto di visita medica debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato e dal medico di sua fiducia. In aggiunta al rapporto di visita medica l'Assicurato dovrà anche trasmettere l'ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società.

2.3. **La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriori documenti, se necessari, per la valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.**

2.4. Si precisa che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, il Cliente potrà indicare in relazione alla medesima adesione fino ad un massimo di 4 assicurati. Per importi superiori a Euro 200.000,00 e per i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire le risposte al questionario che attesta la sua buona salute, l'Assicurato potrà aderire alla Polizza Convenzione soltanto dopo che la Società abbia espresso il proprio preventivo consenso.

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

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

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

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

Prima dell'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnato il Set Informativo unitamente a tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.

Al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnata la documentazione contrattuale prevista dalla normativa vigente.

### 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. Malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;
4. alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
5. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
6. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

#### ESCLUSIONI SPECIFICHE CASO MORTE

1. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
4. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
5. suicidio dell'Assicurato se avvenuto nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
6. pratica di immersioni subacquee non in apnea, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo.

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

#### ESCLUSIONI SPECIFICHE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE E DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO

1. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla data di decorrenza della copertura e associata ad un pericolo per la salute della madre;
3. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
4. 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;

5. 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;

6. 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);

7. Infortuni causati da:

✓ Pratica dei seguenti sport :

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

✓ Pratica dei seguenti sport in competizione:

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

✓ Pratica di sport a livello professionistico:

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

#### COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

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

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

Le coperture assicurative caso Morte, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero 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

La copertura assicurativa per il caso Morte è valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero 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. 11 delle presenti condizioni di assicurazioni e indicato nel Modulo di Adesione.

L'Assicurato ha l'obbligo di:

- **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 dallastessa assunto, come precisato dall'art. 10 delle presenti condizioni di assicurazione.

## ART. 6 – SOSTITUZIONE DELL'ASSICURATO

Al Cliente è data, in qualsiasi momento e a sua libera scelta, la facoltà di variare o revocare uno o più Assicurati durante il corso di validità delle coperture assicurative, dandone comunicazione alla Società ed al Contraente tramite una lettera raccomandata alla quale dovranno essere allegate:

- una copia del Modulo di Adesione originariamente sottoscritto dal Cliente;
- il modulo per la sostituzione dell'Assicurato sottoscritto dal Cliente.

Si precisa che, in caso di variazione, il nuovo Assicurato subentrerà per il medesimo Capitale Assicurato.

Nel caso in cui venga revocato un Assicurato senza contestuale sostituzione, il Capitale Assicurato Complessivo risulterà proporzionalmente ridotto.

## ART. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

7.1 In caso di Sinistro, il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne comunicazione scritta alla Società compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro che viene consegnato unitamente al Set Informativo.

7.2 La denuncia Sinistro, unitamente alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 7.5 dovrà essere trasmessa alla Società con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a:

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

Rappresentanza Generale per l'Italia

Casella Postale chiusa 90

Presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

oppure

tramite E mail: [Admin.it@ca-caci.it](mailto:Admin.it@ca-caci.it)

7.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato sarà tenuto, oltre che ad inviare alla Società la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 7.1. e 7.2., ad inviare alla Società, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 7.2.

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.

**7.4 In caso di Sinistro, il Cliente, l'Assicurato o i suoi aventi causa dovranno trasmettere alla Società la seguente documentazione:**

### **7.5.1. CASO MORTE**

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle coperture assicurative;
- copia dell'estratto conto attestante l'ultimo pagamento del Premio precedente alla data in cui si è verificato il Sinistro;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4).

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

### **7.5.2. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**



- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle coperture assicurative;
- copia dell'estratto conto attestante l'ultimo pagamento del Premio precedente alla data in cui si è verificato il Sinistro;
- relazione medica 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.

### 7.5.3. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle coperture assicurative;
- copia di un documento attestante la Linea di Credito Utilizzata alla data in cui si è verificato il Sinistro, rilasciato dalla filiale di competenza;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, eventuale certificato di ricovero in ospedale eventuale verbale di Pronto Soccorso e copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del Sinistro);
- copia del certificato INPS/INAIL di inabilità temporanea totale;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.

### 7.5.4. DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- certificato medico di ricovero in ospedale;
- copia della cartella clinica da cui risultino diagnosi e periodo di degenza

**ATTENZIONE:** la richiesta della copia del Modulo di Adesione, della copia dell'estratto conto e di un documento attestante la Linea di Credito Utilizzata, ha la sola finalità di facilitare ed accelerare la gestione del Sinistro. La mancata presentazione dei suddetti documenti non rappresenta condizione ostativa al pagamento del Sinistro.

**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 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. 8 – 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, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri relativi alle coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero) che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento e i sinistri caso Morte che non siano denunciati entro dieci anni dal decesso non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

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

## ART. 9 – 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. 10 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

La comunicazione alla Società da parte del Cliente e 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 al Cliente 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 al Cliente 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 al Cliente le mensilità di premio pagate e non godute calcolate alla data della dichiarazione di recesso fatta al Cliente.

**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 che la Società deve necessariamente conoscere al fine di 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 la mancata comunicazione dell'esistenza di malattie pregresse rispetto alla data di adesione alla Polizza Convenzione.

## ART. 11 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento da parte del Cliente di un **Premio mensile** variabile (comprensivo delle imposte) versato per il tramite del Contraente, il cui importo è calcolato moltiplicando il **tasso premio** pari a **0,144%** per il Capitale Assicurato Complessivo.

Si specifica che il tasso di premio lordo risulta così composto:

0,144% = 0,078% (Morte e Invalidità Totale Permanente) + 0,066% (Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero).

Nel Modulo di Adesione verrà riportata la percentuale assicurata della Linea di Credito scelta dal Cliente per ogni singolo Assicurato, che non potrà essere modificata nel corso dell'intera durata del contratto.

Il Premio verrà addebitato in maniera automatica sul conto corrente del Cliente aperto presso una banca che ha sede nell'Unione europea.

Si precisa che l'importo del Premio mensile può variare di mese in mese in funzione della Linea di Credito concessa al Cliente.

### *Esempio di calcolo del Premio*

**Capitale Assicurato** = € 20.000,00

**Premio mensile** = € 20.000,00 x 0,144% = € 28,80

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

**La Società si riserva la facoltà di variare il tasso di Premio. Tale facoltà può essere esercitata dalla Società solo se sono decorsi almeno 10 anni dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.**

Il nuovo tasso di Premio, sarà comunicato al Cliente e al Contraente con un preavviso di almeno 120 giorni rispetto alla prima scadenza mensile in cui verrà tale variazione.

In ogni caso, il Cliente potrà dare disdetta alla Polizza Convenzione inviando alla Società lettera raccomandata con avviso di ricevimento, secondo le modalità illustrate nell'art. 17.

Se il Cliente non paga uno o più premi successivi al primo, la copertura assicurativa di cui alla Polizza Convenzione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio annuo rimasto non pagato e riacquista 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 non pagato senza che il Cliente abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.

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, sono pari al 50,00%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

## **ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE**

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

- l'adesione alla Polizza Convenzione si è perfezionata secondo quanto indicato al precedente art. 2 e l'Assicurato sia in possesso dei requisiti ivi previsti;
- è stato corrisposto il Premio.

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata a tempo indeterminato e verranno tacitamente prorogate su base mensile a decorrere dalla data di adesione alla Polizza Convenzione, salvo disdetta da comunicare secondo le modalità previste all'art.17. In tal caso, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia alle ore 24.00 del giorno di scadenza successivo a quello in cui la Società ha ricevuto la comunicazione di disdetta.

12.2 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) al venir meno del rapporto lavorativo con il Cliente; (iii) assenza della Linea di Credito per un periodo consecutivo di almeno 6 mesi; (iv) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente.

Per quanto riguarda i punti (i) e (ii), la Polizza Convenzione resterà in vigore fino alla scadenza del mese relativo all'ultimo Premio pagato.

## **ART. 13 – 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. 14 – MODIFICHE DELLA POLIZZA**

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

## **ART. 15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

## **ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI**

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

## **ART. 17 – RECESSO**

17.1 L'aderente può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

Resta inteso che l'aderente non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.



La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

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

Rappresentanza Generale per l'Italia

Casella Postale chiusa 90

Presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

e

- al Contraente mediante consegna alla **Agenzia/Filiale Crédit Agricole Italia S.p.A.** presso la quale è avvenuta l'adesione alla Polizza Convenzione.

17.2 Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'aderente, per il tramite del Contraente, il Premio pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

#### **ART. 18 – DISDETTA**

L'aderente, in qualsiasi momento, può dare disdetta alla polizza.

La disdetta deve essere inviata con le medesime modalità previste nell'articolo 17.1.

La disdetta ha effetto a decorrere dalla scadenza mensile successiva al ricevimento della comunicazione da parte della Società.



#### **ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA**

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

#### **ART. 20 – RISCATTO E RIDUZIONE**

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

#### **ART. 21 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE**

21.1 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** ad uno degli indirizzi sotto riportati.

Eventuali comunicazioni da parte della Società al Cliente saranno indirizzate all'ultimo domicilio Conosciuto del Cliente e dell'Assicurato stessi.

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**

Ufficio Reclami

Beaux Lane House

Mercer Street Lower

Dublino 2 (Irlanda)

E-mail: [complaints@ca-caci.ie](mailto:complaints@ca-caci.ie)

oppure

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

Rappresentanza Generale per l'Italia

Casella Postale chiusa 90

Presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

E-mail: [complaints@ca-caci.ie](mailto:complaints@ca-caci.ie)



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

##### **Crédit Agricole Italia S.p.A.**

Servizio Reclami

Via Università 1

43121 Parma

e-mail: [reclami@credit-agricole.it](mailto:reclami@credit-agricole.it)

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



seguito numero 06.42133206 o tramite PEC all'indirizzo [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it), utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito dell'IVASS [www.ivass.it](http://www.ivass.it), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esauriente 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 Società, 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](http://www.giustizia.it)) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.  
La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: **prima di esercitare un'azione giudiziaria relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.**

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

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

## **ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI**

L'aderente **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. 23 – 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. 24 – SANZIONI INTERNAZIONALI**

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

Caci Life dac e Caci Non Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia non potranno pertanto corrispondere alcuna prestazione assicurativa in violazione delle disposizioni sopra richiamate.

#### ***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.**

## GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica la persona fisica designata dal Cliente come soggetto in relazione al quale è determinato l'evento assicurato e che svolge la propria Normale Attività Lavorativa nell'ambito dell'attività di impresa o libera professione esercitata dal Cliente.
- **Beneficiario:** indica il Cliente, fatto salvo quanto previsto dalle norme di legge e di regolamento vigenti.
- **Cliente (o aderente):** indica il soggetto persona giuridica o persona fisica che eserciti attività di impresa o libera professione e che sia titolare di una Linea di Credito presso il Contraente ed abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione, sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Capitale Assicurato Complessivo:** indica la somma dei Capitali Assicurati relativi ai singoli Assicurati designati dal Cliente.
- **Capitale Assicurato:** indica l'importo ottenuto moltiplicando l'ammontare della Linea di Credito alla data di ogni scadenza mensile della polizza, per la percentuale della Linea di Credito stessa riferita ad ogni singolo Assicurato, come riportato nel Modulo di Adesione. Il Capitale Assicurato in relazione ad ogni singolo Assicurato non potrà comunque essere superiore a Euro 2.600.000,00 e non potrà superare l'ammontare della Linea di Credito.
- **Contraente:** indica Crédit Agricole Italia S.p.A. che stipula la Polizza Convenzione per conto dei Clienti.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:
  - l'adesione alla Polizza Convenzione si è perfezionata secondo quanto previsto dalla medesima Polizza Convenzione e l'Assicurato sia in possesso dei requisiti ivi previsti;
  - è stato corrisposto il Premio mensile.
- **Diarria:** indica l'Indennizzo giornaliero nel caso di Ricovero Ospedaliero.
- **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.
- **Inabilità Temporanea Totale:** indica la perdita temporanea, a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

  - i) l'asfissia non di origine morbosa;
  - ii) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
  - iii) l'assideramento o il congelamento;
  - iv) i colpi di sole o di calore;
  - v) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
  - vi) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
  - vii) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
  - viii) l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente:** indica il caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, 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 esclusivamente 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 tassativamente 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.
- **Linea di Credito:** indica l'importo complessivo di tutte le linee di credito assicurabili concesse in affidamento al Cliente del Contraente. Tale importo può variare nel corso della durata del contratto in relazione sia alla variazione dell'ammontare delle linee di credito assicurabili sia alla concessione di nuove linee di credito assicurabili e sarà aggiornato ai fini della Polizza Convenzione in corrispondenza di ogni scadenza mensile successiva all'adesione. Le

Linee di Credito assicurabili dalla presente Polizza Convenzione sono le seguenti: apertura di credito (APC), salvo buon fine (SBF), anticipo fatture e cambiale agraria.

- **Linea di Credito Utilizzata:** indica l'importo dell'esposizione debitoria complessiva delle Linee di Credito alla data in cui si è verificato il sinistro.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Modulo di Adesione:** indica il modulo sottoscritto dal Cliente 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 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 delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia e Diaria da Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo giornaliero (o Diaria).
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, dovuta alla Società a fronte dell'adesione alla Polizza Convenzione. Il Premio è mensile e variabile in funzione del Capitale Assicurato Complessivo aggiornato in corrispondenza di ogni scadenza mensile. L'importo relativo alla prima mensilità è indicato nel Modulo di Adesione sottoscritto dal Cliente.
- **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 prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, si intende CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Diaria da Ricovero Ospedaliero si intende CACI Non-Life dac.

## **“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti in sede di adesione al contratto di assicurazione dall'intermediario assicurativo Credit Agricole Italia 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 modulo di adesione, la conclusione, esecuzione e la gestione del contratto di assicurazione, compresa la gestione dei sinistri, dei reclami e delle liti nonché la lotta alle frodi. Il conferimento e il trattamento dei dati dell'interessato è necessario per il completamento delle finalità sopra esposte.
- Lo sviluppo degli studi statistici e attuariali.

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

i dati raccolti nel modulo di adesione per la conclusione, esecuzione e gestione del contratto saranno trattati per le finalità descritte e conservati per un periodo corrispondente ai termini prescrizionali indicati nell'art. 8 delle condizioni di assicurazione e, in generale, nel rispetto dei termini di prescrizione e conservazione previsti dal Codice civile e dal Codice delle Assicurazioni nonché da disposizioni normative, regolamentari e amministrative (anche contabili e fiscali), e nello specifico:

- con riferimento alla sottoscrizione, conclusione, esecuzione e gestione del contratto (salvo i dati contenuti nel modulo di adesione): due anni dalla scadenza o termine del contratto;
- con riferimento al modulo di adesione: 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 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 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](mailto: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 Life dac e CACI Non-Life dac hanno designato il Responsabile della Protezione dei dati, raggiungibile presso la sede delle Società in Dublino, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower nonché all'indirizzo e-mail [dataprotectionofficer@ca-caci.ie](mailto:dataprotectionofficer@ca-caci.ie).**