

Assicurazione Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia
in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)

Prodotto: "CPI RECALL
LAVORATORI AUTONOMI" (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?

CPI Recall Lavoratori Autonomi è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave e le rate mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale



Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente non inferiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro.

La copertura Invalidità Totale Permanente opera per **tutti** gli Assicurati.

✓ Malattia Grave: in caso di Tumore, Chirurgia Cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, Trapianto d'Organo, Perdita di Vista e Sclerosi multipla associata a deficit neurologico permanente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del Sinistro.

✓ Inabilità Temporanea Totale: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari al doppio dell'ammontare delle rate mensili del finanziamento che l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

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%;

✗ Malattia Grave: non sono assicurate le Malattie Gravi derivanti differenti da quelle espressamente previste dalle condizioni di assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

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

! le conseguenze di Infortuni già note e/o già diagnosticate al momento dell'adesione;

! Infortuni derivanti da interventi di carattere estetico;

! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;

! Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);

Dalla copertura Malattia Grave sono esclusi:

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

! malattie derivanti da interventi di carattere estetico;

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.



Dove vale la copertura?

✓ Le coperture e Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Inabilità Temporanea Totale 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 ricorrente a frazionamento mensile, comprensivo di imposte.

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

Il primo addebito non avviene prima di 30 giorni dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione ed è comunque comunicato dall'operatore della Società che ha assistito il cliente nel corso della telefonata ed è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Data di Effetto delle coperture coincide con la data di addebito del primo Premio mensile, salvo che il cliente abbia richiesto espressamente, nel corso della telefonata, che le coperture assicurative abbiano effetto immediato, In tal caso, le coperture decorrono dalle ore 24:00 della Data di Adesione alla Polizza Convenzione. Anche nel caso di effetto immediato delle coperture assicurative, il cliente conserva il diritto di recesso.

Le coperture assicurative hanno durata annuale con rinnovo tacito.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può revocare l'adesione alla Polizza Collettiva entro 60 giorni dalla data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico.

Inoltre, può recedere dalla Polizza Collettiva in qualsiasi momento a partire dalla data del primo addebito del Premio.

Se l'Assicurato vuole esercitare tali diritti entro i rispettivi termini dovrà inviare una comunicazione alla società incaricata dalla Compagnia, ICT Quality S.p.A. mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, telefonicamente, oppure tramite e-mail.

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

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

Prodotto: "CPI RECALL LAVORATORI AUTONOMI" (cod. 2023/01)

Data di realizzazione: 01 Settembre 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?

CPI Recall Lavoratori Autonomi è una polizza collettiva facoltativa accessoria al finanziamento che indennizza il debito residuo in caso di decesso.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Copertura Caso Morte

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

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

La copertura Caso Morte opera per **tutti** gli Assicurati.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 70 anni al momento dell'adesione alla polizza collettiva.



Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:

- Suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione;
- Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni).



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Pagare il Premio convenuto con la Società;
 - gli aventi causa devono denunciare tempestivamente il Sinistro;
 - trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società. In particolare, i beneficiari devono trasmettere all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:
 - eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
 - certificato di morte;
 - questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
 - copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
 - copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
 - scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4);
 - in caso di morte violenta copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia del referto autoptico nel caso fosse stato eseguito.
 - Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere.
- Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è ricorrente a frazionamento mensile, comprensivo di imposte.

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

Il primo addebito non avviene prima di 30 giorni dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione ed è comunque comunicato dall'operatore della Società che ha assistito il cliente nel corso della telefonata ed è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Data di Effetto delle coperture coincide con la data di addebito del primo Premio mensile, salvo che il cliente abbia richiesto espressamente, nel corso della telefonata, che le coperture assicurative abbiano effetto immediato. In tal caso, le coperture decorrono dalle ore 24:00 della Data di Adesione alla Polizza Convenzione. Anche nel caso di effetto immediato delle coperture assicurative, il cliente conserva il diritto di recesso. Le coperture assicurative hanno durata annuale con rinnovo tacito.



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

L'Assicurato può revocare l'adesione alla Polizza Collettiva entro 60 giorni dalla data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico.

Inoltre può recedere dalla Polizza Collettiva in qualsiasi momento a partire dalla data del primo addebito del Premio.

Se l'Assicurato vuole esercitare tali diritti entro i rispettivi termini dovrà inviare una comunicazione alla società incaricata dalla Compagnia, ICT Quality S.p.A. mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, telefonicamente, oppure tramite e-mail.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI



NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

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

CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)

Prodotto: "CPI RECALL LAVORATORI AUTONOMI" (cod. 2023/01)

Data di realizzazione: 01 Settembre 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, Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda, sito internet www.ca-caci.ie; e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

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

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

Sito internet: www.ca-caci.ie Telefono: +39 02 00638112 Fax: 0035 31 603 96 49 E-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie.

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

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

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

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

Al 31 Dicembre 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'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali, in particolare: l'Indennizzo non potrà, in ogni caso, eccedere il massimale di Euro 30.000,00.

Ramo Danni:

Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Malattia Grave: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

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

Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave : l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di Euro 30.000,00;

Inabilità Temporanea Totale: l'Indennizzo non potrà eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni generiche valide per tutte le coperture assicurative:

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

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

- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.

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, sono esclusi dalla copertura caso Invalidità Totale Permanente, dalla copertura caso Inabilità Temporanea Totale e dalla copertura caso Malattia Grave:

- 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 Perdita di Impiego: 60 giorni (franchigia assoluta).

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



Cosa fare in caso di Sinistro

Denuncia di Sinistro: In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Società. La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere inviata alla Società con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a CACI Life e CACI Non-Life dac Casella Postale chiusa 90 Ufficio Postale di Mortara 27036 Mortara (PV).

Documentazione da presentare in caso di Sinistro:

Invalità Totale Permanente da Infortunio:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico che attesti le cause dell'invalità;
- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'Invalità Totale Permanente, il suo grado e la causa;

nel caso in cui l'Invalità Totale Permanente sia dovuta ad un evento violento:

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

Inabilità Temporanea Totale:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del sinistro);
- copia del certificato INPS di inabilità temporanea;
- eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro;
- eventuale verbale di Pronto Soccorso;
- i successivi certificati che prolunghino lo stato di Inabilità Temporanea Totale (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

Malattia Grave


- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- Documentazione medica che attesti lo stato di malattia


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.

<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>La comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Società può impugnare il contratto, comunicando all'Assicurato la propria volontà di procedere con l'impugnazione del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892 e 1894 c.c.).</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalle coperture assicurative mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.</p>
--	---

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>In relazione alle modalità di pagamento del Premio, non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP Vita e al DIP Danni.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
<p>Durata</p>	<p>Le coperture assicurative hanno durata annuale con rinnovo tacito, a partire dalla data di addebito del primo Premio mensile, salvo che il cliente abbia richiesto espressamente, nel corso della telefonata, che le coperture assicurative abbiano effetto immediato a partire dalla data di adesione.</p> <p>Le coperture assicurative cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti casi: a) al pagamento dell'Indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave; b) alla ricorrenza mensile immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato; c) in caso di richiesta di cessazione della presente Polizza Convenzione esercitata nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; d) trascorsi sei mesi dalla scadenza del termine per il pagamento della rata di Premio senza che la stessa sia stata versata; e) in caso di estinzione del Contratto di Finanziamento, salvo che il Cliente dichiari espressamente di voler mantenere attive le coperture continuando a corrispondere il premio.</p> <p>La Copertura Inabilità Temporanea Totale è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia.</p> <p>La Copertura Malattia Grave è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Se il cliente non paga una o più rate di Premio successive alla prima, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del pagamento della rata di Premio rimasta non pagata e riacquista efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, ferme restando le successive scadenze, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.</p> <p>Ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, decorsi 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata senza che il cliente abbia provveduto al pagamento delle rate di Premio scadute e senza che la Società abbia agito per la riscossione delle rate di Premio scadute e non pagate, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.</p>

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
<p>Recesso, Revoca e Risoluzione</p>	<p>L'aderente può recedere dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento a partire dal primo addebito del Premio. La comunicazione di revoca o recesso si intende fatta alla Società e al Contraente ove comunicata mediante invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite fax o e-mail (indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa) all'indirizzo: ICT Quality S.p.A. Casella Postale n. 79 25050 Rodengo Saiano (BS) caci.gestione@ictquality.com o telefonicamente tramite il numero dedicato 030.98.96.596 e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di revoca o recesso dal Contratto.</p> <p>L'Assicurato può revocare l'adesione alla Polizza Collettiva entro 60 giorni dalla data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico.</p> <p>Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di revoca o recesso se ha denunciato un Sinistro durante il periodo intercorrente tra la Data di Adesione e i 30 giorni successivi alla Data di Effetto delle coperture e il Sinistro è in corso di valutazione.</p>



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al cliente di Agos Ducato S.p.A., intestatario di Contratto di Finanziamento, Lavoratore Autonomo, con età compresa tra 18-70 anni al momento dell'adesione alla polizza e non superiore a 75 anni alla scadenza della stessa.



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.

Costi di intermediazione: sono pari al 43,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).

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

Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili della Società.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per i reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei Sinistri rivolgersi a : CACI Life dac e CACI Non-Life dac Casella Postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) E-mail: complaints@ca-caci.ie Le Compagnie risponderanno nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (oltre il termine di 45 giorni previsto dalla normativa regolamentare), è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it L'aderente può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine delle Compagnie, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Mediazione	La procedura di mediazione, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza. La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.
Negoziazione assistita	L'aderente può ricorrere alla procedura di negoziazione assistita ai sensi della Legge n. 162/2014. Tale procedura è volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia, tramite richiesta del proprio avvocato nei confronti della Compagnia. La Compagnia dovrà rispondere all'aderente tramite il proprio avvocato.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente (Financial Services Ombudsman's Bureau) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Per i contratti stipulati online, il reclamo può essere presentato per mezzo della piattaforma della risoluzione delle controversie online (ODR) accessibile tramite l'indirizzo: http://ec.europa.eu/consumers/odr/ .

REGIME FISCALE

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

AVVERTENZE

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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.

Condizioni di assicurazione

Polizza Collettiva n. L-2100-10-06-289-1 (CACI Life dac) e n. N-2100-10-06-289-1 (CACI Non-Life dac) denominata “CPI RECALL LAVORATORI AUTONOMI” stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A e CACI

La presente polizza assicurativa è facoltativa.

(aggiornamento al 01/09/2023) Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro “Contratti Semplici e Chiari”

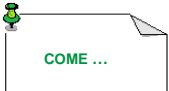
(cod. 2023/01)

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 dell’Assicurato.
- ✓ Il simbolo  che mette in evidenza le clausole che descrivono il comportamento che il cliente, l’Assicurato o il Beneficiario devono tenere per poter, tra le altre cose:
 - recedere dal contratto di assicurazione;
 - richiedere informazioni alle Società;
 - denunciare un Sinistro.
- ✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario.

INDICE

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

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

CPI Recall Lavoratori Autonomi (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA, ACCESSORIA AL FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE** operante per tutti gli Assicurati;
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60% operante per tutti gli Assicurati;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** operante per tutti gli Assicurati;
- **MALATTIA GRAVE** operante per tutti gli Assicurati

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

(operante per tutti gli Assicurati)

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. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.1.1. INDENNIZZO PER IL CASO MORTE

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere, al momento del verificarsi del Sinistro, **dal quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.**

ATTENZIONE: Nel caso in cui la prima rata mensile prevista dal Contratto di Finanziamento assicurato venga addebitata prima della Data di Adesione alla Polizza Convenzione, l'indennizzo verrà incrementato fino a concorrenza dell'importo che sarebbe stato corrisposto in assenza del suddetto addebito.

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00.

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

(operante per tutti gli Assicurati)

Nel caso in cui si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale e Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all' art. 1.2.1., 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. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.2.1. INDENNIZZO PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente viene prestata nel caso in cui l'Assicurato, a causa di un Infortunio o una Malattia avvenuto 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 e Permanente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro **dal quale sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.**

ATTENZIONE: Nel caso in cui la prima rata mensile prevista dal Contratto di Finanziamento assicurato venga addebitata prima della Data di Adesione alla Polizza Convenzione, l'indennizzo verrà incrementato fino a concorrenza dell'importo che sarebbe stato corrisposto in assenza del suddetto addebito.

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00.

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.

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. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

1.3.1. INDENNIZZO PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, **trascorso un periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni**, un indennizzo pari al doppio dell'importo delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso del Contratto di Finanziamento in essere a tale data.

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

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

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, fermi i massimali sotto riportati, 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 il massimale di Euro 1.500,00;
- **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. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

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

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

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla 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. 36 Indennizzi mensili.

Esempio:

L'Assicurato, che al momento dell'adesione era un Lavoratore Autonomo, 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 (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo che non può superare Euro 1.500,00.

Per poter erogare gli indennizzi successivi al quinto è necessario che l'Assicurato dimostri alla 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 20 giorni subisce un nuovo infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

La successiva prestazione assicurativa per Inabilità Temporanea Totale risulta dovuta?

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

ATTENZIONE: l'esempio ha mere finalità esplicative.

Cosa si intende per Periodo di Riqualficazione?	Il Periodo di Riqualficazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o Inabilità Temporanea Totale indennizzati nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Malattia Grave e Inabilità Temporanea Totale da Malattia non sono efficaci.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?	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.

Art. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE Nel caso di Malattia Grave dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo 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. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.4.1. INDENNIZZO PER IL CASO MALATTIA GRAVE

Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti malattie: **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa.

Dalla copertura vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). **Chirurgia cardiovascolare** – Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere

una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico. **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci. **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza. **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica. **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato. **Perdita della vista** - perdita della vista binoculare permanente, completa, irreversibile e irreparabile causata da un incidente o malattia, confermata da un oftalmologo. **Sclerosi multipla associata a deficit neurologico permanente** - a condizione che siano soddisfatti i seguenti criteri: diagnosi da parte di un neurologo, presenza di bande di immunoglobuline oligoclonali nel liquido cerebrospinale (risultato del test confermato da un neurologo), presenza di un'immagine caratteristica in risonanza magnetica, conferma di almeno quattro focolai di demielinizzazione (risultato confermato da un neurologo);

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale che al momento del verificarsi del Sinistro l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data;

Dall'indennizzo sarà dedotto (in quanto non indennizzabile ai sensi della Polizza Convenzione) l'ammontare delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni pertanto la data di attestazione della Malattia Grave, riportata nella relativa documentazione medica deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

ATTENZIONE: Nel caso in cui la prima rata mensile prevista dal Contratto di Finanziamento assicurato venga addebitata prima della Data di Adesione alla Polizza Convenzione, l'indennizzo verrà incrementato fino a concorrenza dell'importo che sarebbe stato corrisposto in assenza del suddetto addebito.

ATTENZIONE: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha generato la Malattia Grave, prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità dell'evento, il Beneficiario dell'Assicurato potrà dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Malattia Grave. **In questo caso la Società provvederà al pagamento dell'Indennizzo per il caso di Malattia Grave e non per il Caso Morte.**

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

- 2.1. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:
1. abbia **stipulato il Contratto di Finanziamento**;
 2. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti** al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione;
 3. sia un **Lavoratore Autonomo** al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione;
 4. abbia espressamente reso telefonicamente il proprio consenso ad aderire alla Polizza Convenzione.
- Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un'apposita visita medica.
- 2.2. Si specifica che, qualora il cliente non presenti tutti i requisiti richiesti dalla Polizza Convenzione, non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere e non troveranno applicazione.

ATTENZIONE: nessun Indennizzo risulterà dovuto se l'Assicurato, al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti nel presente articolo.

- 2.3. L'adesione alla Polizza Convenzione da parte del cliente avviene mediante consenso espresso e registrato telefonicamente.

Prima della Data di Effetto delle coperture, come definita al successivo art. 12, e in ogni caso entro cinque giorni dalla Data di Adesione alla Polizza Convenzione in conformità al disposto di cui all'art. 75 del Regolamento IVASS n. 40/2018, al cliente sarà trasmesso il Set Informativo (in forma cartacea o su altro supporto durevole da lui prescelto), unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.

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

- a) al diritto di scegliere di ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale ai sensi dell'articolo 73 comma 1, del Regolamento IVASS n. 40/2018, su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b) al diritto di richiedere, in ogni caso e senza oneri, la ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale di cui all'articolo 73, comma 1, del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo e di modificare la Tecnica di Comunicazione a Distanza;
- c) alla circostanza per la quale è richiesta al cliente la sottoscrizione e la ritrasmissione del Certificato Personale di Assicurazione, e che il cliente, per la sottoscrizione e restituzione potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole, fermo restando che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità dell'adesione alla Polizza Convenzione che si intende comunque perfezionata.

L'adesione del cliente al contratto può essere stata raccolta dalla Società direttamente, ovvero per il tramite di operatori telefonici da essa, direttamente o indirettamente incaricati, i quali agiscono comunque sotto il pieno controllo e la responsabilità dell'Intermediario abilitato. Resta inteso che il cliente ha il diritto di essere messo in contatto con un responsabile del coordinamento e del controllo delle attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza, direttamente o indirettamente incaricato dalla Società, al seguente numero telefonico: 030.98.96.596.

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

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

ESCLUSIONI SPECIFICHE CASO MORTE

1. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, deltaplani, ultraleggeri e parapendio;
4. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
5. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Effetto delle Coperture;

6. pratica di immersioni subacquee non in apnea, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo.

ESCLUSIONI SPECIFICHE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

ESCLUSIONI SPECIFICHE MALATTIA GRAVE

1. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
2. 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;
3. 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).

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

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

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

Le coperture assicurative caso Morte, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale operano inoltre in caso di Sinistro determinato da stato di guerra, conflitti armati o da insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici o

insurrezionali mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paesi sino ad allora in pace, a condizione che l'Assicurato non prenda parte attiva alle ostilità, al conflitto o all'insurrezione.

ART. 4 – 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 valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

ART. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha l'obbligo di:

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

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

6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Società.

6.2 La denuncia del Sinistro, unitamente alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5. dovrà essere trasmessa alla Società con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, mediante trasmissione a:

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Casella Postale chiusa 90

Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

Tel: 0200638112

Mail: relazioni.clienti@ca-caci.ie



6.3 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 o i suoi aventi causa saranno tenuti, oltre che ad inviare alla Società la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., 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 6.2.

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

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

6.5.1. CASO MORTE

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano Beneficiari gli eredi);
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4).

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

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

6.5.2. INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario del medico che attesti le cause dell'Invalidità;
- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto, la relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, il suo grado e la causa;

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

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

6.5.4. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica (anche per la continuazione del Sinistro);
- copia del certificato INPS di inabilità temporanea;
- eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro;
- eventuale verbale di Pronto Soccorso;
- i successivi certificati che prolunghino lo stato di Inabilità Temporanea Totale (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale)

6.5.5. MALATTIA GRAVE

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- documentazione medica che attesti lo stato di malattia.

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

ART. 7 – PRESCRIZIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952, comma 2, cod. civ. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri relativi alle coperture danni (Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale) 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.

ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

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

ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

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

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

Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalle coperture assicurative mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle

dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.

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.

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento da parte dell'Assicurato di un Premio ricorrente frazionato mensilmente, comprensivo delle imposte, il cui importo è indicato nel Certificato Personale di Assicurazione.

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

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

Il Premio mensile si ottiene moltiplicando il tasso di premio pari al 0,20% per il capitale iniziale del finanziamento richiesto

Tale Premio resterà invariato ad ogni ricorrenza mensile, salvo il caso di estinzione parziale anticipata di cui all'art.11 È comunque fatta salva la facoltà della Società di variare il Premio.

Il nuovo Premio, che avrà decorrenza dalla successiva data di ricorrenza mensile, sarà comunicato all'Assicurato con un preavviso di almeno 120 giorni prima dalla data in cui avverrà tale variazione.

In ogni caso, l'Assicurato potrà recedere dalla Polizza Convenzione, secondo le modalità illustrate nell'art 16.

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di Premio, sono pari al 43,00%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

Se l'Assicurato non paga uno o più premi mensili successivi al primo, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del pagamento del Premio mensile rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento dei Premi mensili arretrati e non pagati, ferme restando le successive scadenze.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza del Premio non pagato senza che l'Assicurato abbia provveduto al pagamento dei di Premi scaduti e senza che la Società abbia agito per la riscossione degli stessi, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.

ART. 11 – ESTINZIONE INTEGRALE O PARZIALE ANTICIPATA DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione integrale anticipata del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia e le successive mensilità di Premio non verranno addebitate all'Assicurato. In alternativa, la Società, su richiesta dell'Assicurato espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata del Contratto di Finanziamento, fornisce le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino all'originaria scadenza contrattuale in favore del Beneficiario, purchè l'Assicurato continui a corrispondere il Premio. Nei casi di estinzione parziale anticipata del Contratto di Finanziamento, l'importo del Premio annuo frazionato mensilmente e le coperture assicurative verranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta a decorrere dalla mensilità immediatamente successiva alla data dell'estinzione parziale anticipata.

ART. 12 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

12.1. Per ogni Assicurato, la Data di Effetto delle coperture coincide con la data di addebito del primo Premio mensile, salvo che il cliente abbia richiesto espressamente, nel corso della telefonata, che le coperture assicurative abbiano effetto immediato, beneficiando di un mese di assicurazione gratuito proposto dalla Società come offerta commerciale. In tal caso, le coperture decorrono dalle ore 24:00 della Data di Adesione alla Polizza Convenzione.

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

In ogni caso, qualora l'Assicurato receda dalla Polizza Convenzione, il contratto rimarrà vigente per il periodo di assicurazione per il quale è già stato corrisposto il relativo Premio mensile.

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno durata annuale con rinnovo tacito e cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) al pagamento dell'Indennizzo Decesso, Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave; (ii) alla ricorrenza mensile immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato; (iii) in caso di richiesta di cessazione della presente Polizza Convenzione esercitata nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iv) trascorsi sei mesi dalla scadenza del termine per il pagamento del Premio mensile senza che lo stesso sia stato versato; (v) in caso di estinzione del Contratto di Finanziamento, salvo che il cliente dichiari espressamente di voler mantenere attive le coperture continuando a corrispondere il premio.

Durante l'eventuale periodo di preammortamento del Contratto di Finanziamento le coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente sono attive.

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

ART. 13 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o derivanti dall'adesione alla presente Polizza Convenzione sono a carico dell'Assicurato, 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 l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 – RECESSO E REVOCA

17.1. L'Assicurato può **RECEDERE** dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento. L'Assicurato può **REVOCARE** l'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla Data di Adesione

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

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



ICT Quality S.p.A.

Casella Postale n. 79

25050 Rodengo Saiano (BS)

caci.gestione@ictquality.com

oppure telefonicamente tramite il numero dedicato **030.98.96.596**, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di recesso dal contratto.

- 17.3. La revoca o il recesso avranno efficacia a partire dalla data riportata sulla comunicazione inviata dall'Assicurato o dalla data della telefonata se comunicati telefonicamente.

In caso di revoca il Contratto sarà automaticamente annullato dalla Data di Effetto delle coperture e la Società rimborserà all'Assicurato l'eventuale Premio già addebitato, al netto delle imposte versate.

In caso di recesso, il contratto rimarrà in ogni caso vigente per il periodo di assicurazione per il quale è stato già corrisposto il relativo Premio mensile.

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

ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 19 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 19.1. Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato o dei suoi aventi causa nei confronti della Società, con riferimento alla Polizza Convenzione e alle coperture assicurative, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata **con avviso di ricevimento**.

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

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

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Casella postale chiusa 90

Presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

E-mail: complaints@ca-caci.ie



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

Agos Ducato S.p.A.

Gestione Reclami

Viale Fulvio Testi, 280

20126 Milano

Pec / e-mail: info@pec.agosducato.it / clienti@agosducato.it

- 19.3. Se l'esponente, nel termine massimo di quarantacinque giorni, non ha ricevuto riscontro alla sua richiesta da parte della Società o del Contraente o non è completamente soddisfatto della risposta ricevuta, potrà inviare reclamo scritto all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA, o tramite fax al seguente numero 06.42133206 o tramite PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito dell'IVASS www.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito da quest'ultima;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

I reclami relativi all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo n. 209/2005) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del Codice del Consumo (Decreto Legislativo n. 206/2005), Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS secondo le modalità sopra indicate.

Per qualsiasi controversia inerente alla quantificazione delle prestazioni assicurative è fatta salva in ogni caso la competenza dell'Autorità Giudiziaria.

L'Assicurato può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine della Compagnia, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

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

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

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

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

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

ART. 20 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato **non** potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione.

ART. 21 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

Qualora tra l'Assicurato o i suoi aventi causa e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'Indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo medico, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali di comune accordo tra essi o, in caso di mancato accordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

ART. 22 – SANZIONI INTERNAZIONALI

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

Caci Life dac e Caci Non Life dac non potranno pertanto corrispondere alcuna prestazione assicurativa in violazione delle disposizioni sopra richiamate.

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 registrazione telefonica autorizzata dal cliente.

GLOSSARIO

- **Assicurato (o aderente):** indica la persona fisica, cliente di Agos Ducato S.p.A., che ha sottoscritto con quest'ultima un Contratto di Finanziamento e che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa mediante espresso consenso reso telefonicamente.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Malattia Grave. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la copertura assicurativa.
- **Call Center:** indica la società di cui si avvale il Contraente per la promozione e il collocamento delle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza.
- **Certificato Personale di Assicurazione:** indica il modulo inviato all'Assicurato insieme al DIP Danni, al DIP Vita, al DIP aggiuntivo Multirischi, al glossario e alle condizioni di assicurazione, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.
- **Contraente:** indica Agos Ducato S.p.A., con sede legale in Viale Fulvio Testi, 280 - Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento stipulato tra l'Assicurato e il Contraente di durata massima pari a 120 mesi al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione e come identificato all'interno del Certificato Personale di Assicurazione.
- **Data di Adesione alla Polizza Convenzione:** indica la data in cui l'adesione alla Polizza Convenzione da parte del cliente è perfezionata mediante consenso espresso telefonicamente.
- **Data di Effetto delle coperture:** indica la data a partire dalla quale iniziano a decorrere le coperture assicurative.
- **DIP Danni:** indica l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- **DIP 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.
- **Ente Privato:** indica soggetto giuridico diverso da un Ente Pubblico, presso il quale l'Assicurato potrà essere impiegato.
- **Ente Pubblico:** indica ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi: gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative pubbliche, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- **ICT Quality S.p.A:** indica la società di cui si avvalgono le Parti per la gestione delle pratiche amministrative relative ai servizi di incasso del Premio ed a revoche e recessi
- **Inabilità Temporanea Totale:** indica la perdita totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica l'importo dovuto dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'assideramento o il congelamento;
4. i colpi di sole o di calore;
5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;

7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;

8. l'annegamento.

- **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.
- **Lavoratore Autonomo:** indica la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente alla data di sottoscrizione della presente Polizza Convenzione nella quale:
 - l'ammontare dei redditi da lavoro autonomo risulti preponderante rispetto ai redditi da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata);
 - sia denunciato almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, redditi derivanti dall'utilizzazione economica di opere d'ingegno o brevetti, redditi derivanti da attività commerciali non esercitate abitualmente, redditi derivanti da attività di lavoro autonomo anche non esercitate abitualmente;e a condizione che la persona fisica continui a svolgere al momento della sottoscrizione e durante la vigenza della presente Polizza Convenzione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono comunque considerati solo ai fini della presente Polizza Convenzione Lavoratori Autonomi le seguenti figure previste dai contratti di lavoro: i "collaboratori coordinati continuativi" occasionali e non occasionali, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di "Staff Leasing", gli amministratori, i sindaci e i revisori di società di capitali, gli associati in partecipazione, i lavoratori autonomi occasionali e gli agenti e/o rappresentanti.
- **Lavoratore Dipendente di Ente Privato:** indica la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un Ente Privato, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato o con contratto di apprendistato regolato dalla legge italiana. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Privato i lavoratori soci di cooperative (se la cooperativa è un Ente Privato). In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, fatto naturalmente salvo quanto previsto dalla definizione di Lavoratore Autonomo
- **Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico:** indica la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un Ente Pubblico. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico, coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative (se la cooperativa è un Ente Pubblico), c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate, o che godono di compensi per attività libero professionale, intramuraria del personale dipendente del SSN, indennità ed altri compensi corrisposti da Stato, Regioni, Province e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Malattia Grave:** indica le patologie elencate all'art.1.5.1.
- **Non Lavoratore:** indica la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo il personale in quiescenza lavorativa, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.

- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività, retribuita o comunque redditizia, svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire dell'Inabilità Temporanea Totale, ovvero una consimile attività, retribuita o comunque redditizia.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e le Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione durante il quale le prestazioni per Malattia Grave e Inabilità Temporanea Totale da 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 di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** per la copertura Inabilità Temporanea Totale, 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 o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizza Convenzione:** indica la polizza collettiva sottoscritta tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica l'importo di denaro, comprensivo di eventuali imposte, comunicato telefonicamente al cliente, riportato nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuto dall'Assicurato alla Società a fronte della copertura assicurativa prevista dalla Polizza Convenzione.
- **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 e DIP aggiuntivo Danni, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Certificato Personale di Assicurazione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale si intende CACI Non-Life dac.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza:** indica qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Società, del Contraente e del cliente, possa impiegarsi per il perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione da parte del cliente.

“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Compagnie CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti dall'intermediario assicurativo AGOS Ducato S.p.A - in sede di adesione al contratto di assicurazione - 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 Compagnie la fornitura dei servizi/prodotti assicurativi e, in generale, la conclusione, gestione ed esecuzione del contratto, compresa l'eventuale corresponsione della prestazione assicurativa.

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

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

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

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

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

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

I dati relativi al Suo stato di salute sono trattati per tutta la durata del contratto e conservati per lo stesso periodo richiesto per la conclusione del contratto nonché in conformità con le norme di riservatezza specificatamente 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 o sulla frode o dal termine prescrizionale in caso di reato;
- in ambito di elaborazione commerciale e in assenza di un contratto: i dati elaborati possono essere conservati per un periodo di tre anni dall'ultimo contatto infruttuoso.

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

beneficio di tutte le entità del gruppo nonché i subfornitori, i cui nominativi potranno essere conosciuti dall'Interessato tramite specifica richiesta, da effettuarsi con le modalità di seguito indicate.

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

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

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

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati possono essere richieste alle Società presso la sede della e stessa e in Dublin 2, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower.

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