Assicurazione Multirischi

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

Impresa: CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. IVASS II.00419)
Prodotto: Linea Protetta- Vita quotidiana «(Cod.2022/01)»

Data di realizzazione: 01/06/2022 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

CACI Non-Life dac, 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 è una compagnia assicuratrice irlandese appartenente al Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda. Sito Internet: www.ca-caci.ie Telefono: +39 02 00638112 Fax: +0035 31 603 96 49 E-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie .
CACI Non-Life dac è autorizzata ad operare nei rami danni (1,2,8,9 e 16), Codice IVASS Impresa n° 10685, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le imprese operanti in Italia in regime di libera prestazione di servizi. La Compagnia è soggetta alla vigilanza di Central Bank of Ireland, Po Box 559, Dublin 1, Irlanda.

Al 31 Dicembre 2021 il patrimonio netto di CACI Non–Life dac è pari a € 189.720.076 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 116.519.036 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).
L'indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 215,4%.
La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet: https://www.ca-assurances.com/en/Investors/Onglets/Solvency-2-Narrative-Reports.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Morte da Infortunio e Invalidità Totale Permanente da Infortunio: l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di Euro 50.000,00.
Inabilità Temporanea Totale: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.200,00. 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'Assicurato di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

- 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 ebrezza 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.

Sono esclusi dalla Copertura caso Morte da Infortunio:

- 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)
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di deltapiani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota 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 e parapendio.
- Uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove

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

Sono esclusi dalle coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale:

- 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);
- eventi determinati o correlati ad infermità mentale;

Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale: 60 giorni (Franchigia Assoluta).

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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 Non-Life dac Casella Postale chiusa 90 Ufficio Postale di Mortara 27036 Mortara (PV). Documentazione da presentare in caso di Sinistro: <u>Morte da Infortunio:</u> -copia di un documento di identità dell'Assicurato; -copia di un documento di identità dell'avente causa; -certificato di morte; -relazione medica sulle cause del decesso (redatta su apposito modulo) e copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali 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). <u>Invalidità Totale Permanente da Infortunio:</u> - copia di un documento di identità dell'Assicurato o dell'avente causa; -Relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo; -verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, il suo grado e la causa; nel caso in cui l'Invalidità Totale Permanente sia dovuta ad un evento violento: - verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro; - verbale di Pronto Soccorso. <u>Inabilità Temporanea Totale:</u> - 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). **Prescrizione:** i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.).
Dichiarazioni 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.
Obblighi dell'impresa:	**Liquidazione della prestazione:** La Società provvederà ad effettuare il pagamento della prestazione assicurativa, se dovuta, entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Quando e come devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Le coperture assicurative hanno durata annuale e verranno tacitamente prorogate. Le coperture assicurative cessano comunque d avere efficacia alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti casi: a) al pagamento dell'Indennizzo per Morte da Infortunio o Invalidità Totale Permanente da Infortunio; 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 mensile senza che la stessa sia stata versata. **La Copertura Inabilità Temporanea Totale è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia.**
Sospensione	Se il cliente non paga una o più rate di Premio mensili 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 mensile rimasta non pagata e riacquista efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di tutte le rate di Premio mensili arretrate e non pagate, ferme restando le successive scadenze, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 del Codice Civile. Ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, decorsi 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio mensile non pagata senza che il cliente abbia provveduto al pagamento delle rate di Premio mensili scadute e senza che la Società abbia agito per la riscossione delle rate di Premio mensili scadute e non pagate, l'adesione alla Polizza Convenzione si intenderà risolta di diritto.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	L'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro che è in corso di valutazione. Entro 30 giorni dalla scadenza annuale, l'Assicurato può dare disdetta dall'adesione alla Polizza Convenzione. E' altresì previsto che l'Assicurato, salvo quanto indicato nelle ipotesi di recesso, possa chiedere la cessazione delle coperture assicurative in qualsiasi momento. In entrambi i casi, il contratto rimarrà in ogni caso vigente per il periodo di assicurazione per l quale è stato già corrisposta la relativa rata di Premio mensile. Resta inteso che l'Assicurato non può richiedere la disdetta né la cessazione delle coperture, se ha denunciato un Sinistro che è in corso di valutazione.
Risoluzione	La Polizza Collettiva non prevede le possibilità di revocare la proposta né di risolvere il contratto.

A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al cliente di Agos Ducato S.p.A., con età compresa tra 18-70 anni al momento dell'adesione alla polizza ed età alla scadenza non superiore a 75 anni.

Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.
Costi di intermediazione: sono pari al 47,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).
Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Per i reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei sinistri rivolgersi: **CACI Non-Life dac** Casella postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) e-mail: complaints@ca-caci.ie. La compagnia risponderà nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it L'aderente può rivolgersi inoltre a Central Bank of Ireland, Autorità di vigilanza dello stato di origine della Compagnia, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	La procedura di mediazione, prevista dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, come successivamente integrato e modificato, che consente l'avvio di un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore"). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia (e consultabile sul sito www.giustizia.it) e avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza. La mediazione è obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale successivo giudizio: prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria.
Negoziazione assistita	L'aderente può ricorrere alla procedura di negoziazione assistita, ai sensi della Legge n. 162/2014, volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione amichevole della controversia tramite richiesta dal proprio avvocato nei confronti della Società. La Società dovrà rispondere all'Assicurato tramite il proprio avvocato.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente (Financial Services Ombudsman's Bureau) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Per i contratti stipulati online, il reclamo può essere presentato per mezzo della piattaforma della risoluzione delle controversie online (ODR) accessibile tramite l'indirizzo: http://ec.europa.eu/consumers/odr/.

AVVERTENZE

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

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: «Linea Protetta- Vita quotidiana» (cod. 2022/01)

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?

Linea Protetta – Vita quotidiana è una polizza collettiva facoltativa, non connessa al finanziamento, che prevede il pagamento di un indennizzo fisso e predeterminato in caso di Morte da infortunio, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale.

Che cosa è assicurato?

✓Morte da Infortunio: in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad Infortunio, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo fisso e predeterminato pari a quanto indicato nel pacchetti scelto in sede di adesione.

✓Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio non inferiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo fisso e predeterminato pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione.

✓Inabilità Temporanea Totale : la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, per ogni mese di durata del Sinistro, un Indennizzo fisso e predeterminato pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione.

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

Che cosa non è assicurato?

✗Per la copertura Morte da Infortunio: non è assicurato il decesso per cause diverse dall'Infortunio.

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

Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Morte da Infortunio sono esclusi:
!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);
!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;

Dalle coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio 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);
!eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

Dove vale la copertura?

✓La copertura assicurativa per il caso di Morte derivante da Infortunio dell'Assicurato è valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato 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 annuale a frazionamento mensile, comprensivo di imposte.
Il premio è pagato mediante addebito in conto corrente (SDD – SEPA Direct Debit) ed è versato alla Società per il tramite del Contraente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La coperture assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui è stato sottoscritto il Modulo di Adesione.
Al termine della durata iniziale della polizza, la copertura assicurativa verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo recesso.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.
Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro che è in corso di valutazione.

Entro 30 giorni dalla scadenza annuale, l'Assicurato può dare disdetta dall'adesione alla Polizza Convenzione. E' altresì previsto che l'Assicurato, salvo quanto indicato nelle ipotesi di recesso, possa chiedere la cessazione delle coperture assicurative in qualsiasi momento. In entrambi i casi, il contratto rimarrà in ogni caso vigente per il periodo di assicurazione per l quale è stato già corrisposta la relativa rata di Premio mensile.

Resta inteso che l'Assicurato non può richiedere la disdetta né la cessazione delle coperture, se ha denunciato un Sinistro che è in corso di valutazione.

CRÉDIT AGRICOLE
CREDITOR INSURANCE

Gruppo Crédit Agricole S.A.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizze collettiva n. "N-2088-10-06-277-1" (CACI Non Life dac) denominata "Linea Protetta – Vita quotidiana" stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A. e CACI Non-Life dac

La presente polizza assicurativa è facoltativa, non connessa e non necessaria ai fini della concessione di un finanziamento

(aggiornamento al 01/06/2022 Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari")

(cod. 2022/01)

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

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 1
aRT. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE 4
ART. 3 – ESCLUSIONI 5
ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI 6
ART. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO 6
ART. 6 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO 7
ART. 7 – PRESCRIZIONE 8
ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE 8
ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI 8
ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO 8
ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE 9
ART. 12 – ONERI FISCALI 9
ART. 13 – MODIFICHE DELLA POLIZZA 9
ART. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 9
ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI 10
ART. 16 – RECESSO 10
ART. 17 – DISDETTA E CESSAZIONE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE 10
ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA 10
ART. 19 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE 10
ART. 20 – CESSIONE DEI DIRITTI 12
ART. 21 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA 12
ART. 22 – SANZIONI INTERNAZIONALI 12
GLOSSARIO 13
"TUTELA PRIVACY" Informativa SUL TRATTAMENTO dei dati personali 15

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

Linea Protetta- Vita quotidiana (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA FACOLTATIVA, NON CONNESSA E NON NECESSARIA AI FINI DELLA CONCESIONE DI UN FINANZIAMENTO**, che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE DA INFORTUNIO;**
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO** di grado pari o superiore al 60%;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE.**

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

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE DA INFORTUNIO

Nel caso di Morte da Infortunio 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. 11;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.1.1. INDENNIZZO PER IL CASO MORTE DA INFORTUNIO

In caso di Morte dell'Assicurato a seguito di infortunio intervenuta durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione:

PACCHETTO	INDENNIZZO
BASIC	€ 10.000,00
CORE	€ 20.000,00
LARGE	€ 30.000,00
FULL	€ 40.000,00
SUPER	€ 50.000,00

ATTENZIONE: L'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 50.000,00 in caso di adesione al pacchetto "SUPER".

Art. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

Nel caso in cui si verifichi un Infortunio dal quale 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. 11;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.2.1. INDENNIZZO PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permenente da Infortunio viene prestata nel caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio 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 e Permanente da Infortunio viene tassativamente ESCLUSA qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 5/02/1992 (Tabelle INPS).

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione:

PACCHETTO	INDENNIZZO
BASIC	€ 10.000,00
CORE	€ 20.000,00
LARGE	€ 30.000,00
FULL	€ 40.000,00
SUPER	€ 50.000,00

ATTENZIONE: L'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 50.000,00 in caso di adesione al pacchetto "SUPER".

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. 11;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all'art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

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 60 giorni**, per ogni mese di durata del Sinistro, un Indennizzo pari a quanto indicato nel pacchetto scelto al momento dell'adesione:

PACCHETTO	INDENNIZZO	NUMERO MASSIMO DI INDENNIZZI
BASIC	€ 400,00	12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa
CORE	€ 600,00	
LARGE	€ 800,00	
FULL	€ 1.000,00	
SUPER	€ 1.200,00	

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.200,00 in caso di adesione al pacchetto "Super".

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 mensile sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 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 sarà pari a quello corrispondente al pacchetto scelto;
- **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 – nel caso in cui sia un lavoratore - o dopo una guarigione certificata – nel caso in cui sia un Non Lavoratore - subisca, prima che siano trascorsi 30 giorni dalla suddetta ripresa o guarigione certificata, rispettivamente una nuova interruzione di lavoro a seguito del medesimo Infortunio o Malattia o una nuova Inabilità Temporanea Totale a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, 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 Riqualificazione 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 ha scelto il pacchetto "Super", subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua Normale Attività Lavorativa per 6 mesi, denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.
Valutato il Sinistro e trascorsi **60 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo pari ad Euro 1.200,00.

Per poter erogare gli Indennizzi successivi al quarto 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 gioni subisce in 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 Riqualificazione**).

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

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?	Il Periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa 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 Adesione alla Polizza Convenzione durante il quale la copertura per Inabilità Temporanea Totale da Malattia non opera.
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. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

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

1. sia cliente di Agos Ducato S.p.A;
2. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;

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 della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti nel presente articolo.

2.4 L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Elettronica Avanzata nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

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

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

Prima dell'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Elettronica Avanzata, al Cliente sarà consegnato o sarà data la possibilità di scaricare dal sito Internet del Contraente, il Set Informativo unitamente a tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.

Il contratto di assicurazione può essere concluso presso le filiali/agenzie autorizzate Agos Ducato, presso gli istituti di credito con i quali Agos Ducato ha sottoscritto e concluso accordi di distribuzione o mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza. La sottoscrizione del contratto può avvenire in tutti i casi su supporto cartaceo, firmando di proprio pugno e restituendo il Modulo di Adesione ad Agos Ducato, agli istituti di credito sopra indicati o tramite Firma Elettronica Avanzata.

All'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Elettronica Avanzata, al Cliente sarà consegnata o sarà data la possibilità di scaricare dal sito Internet del Contraente la documentazione contrattuale prevista dalla normativa vigente.

ATTENZIONE: In caso di adesione avvenuta tramite Firma Elettronica Avanzata, i dati in forma elettronica, conservati dalla Società potranno essere opponibili all'Assicurato e potranno essere ammessi come prova della sua identità e del suo consenso all'adesione alle coperture assicurative.

ART. 3 – ESCLUSIONI

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

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. **dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;**
2. **atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
3. **alcoolismo, stato di ebrezza 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 DA INFORTUNIO

1. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse e tumulti popolari (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili dle fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);**
2. **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di detalpiani 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. **pratica di immersioni subacquee non in apnea, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo.**

ATTENZIONE: nessun Indennizzo per il caso Morte da Infortunio risulterà dovuto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto all'Assicurato importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

ESCLUSIONI SPECIFICHE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO 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 idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore.**

✓ **Pratica dei seguenti sport in competizione:**

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

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

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

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti, le coperture caso Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio 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 da Infortunio, Invalidità Totale Permanente da Infortunio 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 da Infortunio è valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente da Infortunio 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.

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 Assicurazione e indicato nel Modulo di Adesione;
- **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 Socetà 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 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 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 sarà tenuto, 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 alla Società la seguente documentazione:**

6.5.1. CASO MORTE DA INFORTUNIO

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'avente causa;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo e 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 dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia di eventuale referto autoptico.

6.5.2. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità dell'avente causa;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;
- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'invalidità totale permanente, il suo grado e la causa;
- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura.

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

6.5.3. 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).

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

ART. 7 – PRESCRIZIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952, comma 2, cod. civ. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.
In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

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

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

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

ATTENZIONE: le informazioni false, inesatte e reticenti, anche se comunicate dall'assicurato senza intenzione di far cadere in errore la societa' 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 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 annuo** a frazionamento mensile, comprensivo delle imposte, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

Il Premio verrà addebitato in data successiva alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione, mediante Addebito in Conto Corrente (SDD- SEPA Direct Debit), indicato dal cliente al momento dell'adesione.

Il Premio dipende dal pacchetto scelto dall'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione come da tabella sotto riportata:

PACCHETTO	**PREMIO MENSILE**
BASIC	€ 8,00
CORE	€ 15,00
LARGE	€ 20,00
FULL	€ 25,00
SUPER	€ 30,00

Tale Premio resterà invariato ad ogni ricorrenza mensile. È comunque fatta salva la facoltà della Società di variare il Premio. Il nuovo Premio, che avrà decorrenza dalla successiva data di proroga annuale, sarà comunicato all'Assicurato e al Contraente con un preavviso di almeno 120 giorni prima dalla data in cui verrà tale variazione.

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 47%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

Se l'Assicurato non paga una o più rate di Premio mensili 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 mensile rimasta non pagata e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di tutte le rate di Premio mensili arretrate e non pagate, ferme restando le successive scadenze.
Decorsi 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio mensile non pagata senza che l'Assicurato 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.

ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

11.1. Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24 del giorno in cui è stato sottoscritto il Modulo di Adesione (la "**Data di Decorrenza**"), hanno una durata annuale e verranno tacitamente prorogate di anno in anno.

11.2. Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) al pagamento dell'Indennizzo per Morte da Infortunio o Invalidità Totale Permanente da Infortunio;(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 della rata di Premio mensile senza che la stessa sia stato versata.

ART. 12 – ONERI FISCALI

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

ART. 13 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

La Società comunicherà 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. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 16 – RECESSO

16.1 L'Assicurato può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
La comunicazione di recesso dovrà essere inviata al Contraente mediante una delle seguenti modalità:

- invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite e-mail ai seguenti indirizzi:

Agos Ducato S.p.A.
Back Office
Viale Fulvio Testi 280,
Milano, 20126
clienti@agosducato.it

oppure telefonicamente tramite il numero dedicato **800.991.840,**

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro che è in corso di valutazione.

ART. 17 – DISDETTA E CESSAZIONE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

Entro 30 giorni dalla scadenza annuale l'Assicurato può dare disdetta dall'adesione alla Polizza Convenzione.
È altresì previsto che l'Assicurato, salvo quanto indicato nelle ipotesi di recesso, possa chiedere la cessazione delle coperture assicurative in qualsiasi momento.

In entrambi casi, L'Assicurato dovrà darne comunicazione alla Società secondo le modalità indicate nell'art. 16.

Il contratto rimarrà in ogni caso vigente per il periodo di assicurazione per il quale è stato già corrisposta la relativa rata di Premio mensile.

Resta inteso che l'Assicurato non può richiedere la disdetta né la cessazione delle coperture, se precedentemente a tale richiesta, ha denunciato un Sinistro che è in corso di valutazione.

ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex art. 1916 cod. civ. nei confronti 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 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
Via Fulvio Testi, 280
20126 Milano
E-mail: info@pec.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 delle Compagnie, 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 giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è pertanto necessario esperire in via preliminare la procedura di mediazione obbligatoria**.

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

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

ART. 20 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 21 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

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

ART. 222 – SANZIONI INTERNAZIONALI

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

Valutazione della coerenza del contratto

Nel rispetto della vigente normativa in materia di distribuzione assicurativa, il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare la coerenza del prodotto proposto con i bisogni e le esigenze del cliente tramite un apposito questionario, debitamente firmato dal cliente la cui copia è archiviata dal Contraente.

GLOSSARIO

- **Assicurato (o aderente):** indica la persona fisica, cliente di Agos Ducato S.p.A. che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa e non connessa ad alcun finanziamento sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale. Limitatamente alla copertura per il caso Morte da Infortunio indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Contraente:** indica Agos Ducato S.p.A., con sede legale in Via Fulvio Testi, 280 -Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui è stato sottoscritto il Modulo di Adesione.
- **DIP Danni:** indica l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- **DIP aggiuntivo Danni:** indica il documento integrativo del DIP Danni che fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto alle informazioni contenute nel DIP Danni come disciplinato dall'art. 29 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **Firma Elettronica Avanzata:** indica l'insieme di dati in forma elettronica allegati oppure collegati a un documento informatico che consentono di identificare il firmatario del documento e garantiscono la connessione univoca al firmatario, creati con strumenti sui quali il firmatario può conservare un controllo esclusivo, collegati ai dati ai quali la firma si riferisce in modo da consentire di rilevare se gli stessi dati siano stati successivamente modificati.
- **Inabilità Temporanea Totale:** indica la perdita temporanea, a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o per l'Assicurato che sia non lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'assideramento o il congelamento;
4. i colpi di sole o di calore;
5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
8. l'annegamento.

- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica il caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio, 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).
- **Firma Elettronica Avanzata:** forma di sottoscrizione elettronica che (ai sensi del Regolamento Europeo 910/2014 noto con l'acronimo eIDAS - Electronic IDentification Authentication and Signature) soddisfa i seguenti requisiti: a) è connessa unicamente al firmatario; b) è idonea a identificare il firmatario; c) è creata mediante dati per la creazione di una firma elettronica che il firmatario può, con un elevato livello di sicurezza, utilizzare sotto il proprio esclusivo controllo; d) è collegata ai dati sottoscritti in modo da consentire l'identificazione di ogni successiva modifica di tali dati.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Modulo di Adesione:** indica il modulo sottoscritto dall'Assicurato, con il quale si richiede l'adesione alla Polizza Convenzione.
- **Morte da Infortunio:** indica il decesso dell'Assicurato dovuto ad Infortunio.

- **Namirial:** indica l'ente certificatore accreditato presso l'Agenzia per l'Italia Digitale ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 235/2010) di cui si avvale Agos Ducato S.p.A. per la certificazione della Firma Elettronica Avanzata.
- **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 tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative durante il quale la prestazione per Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia, non è efficace.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** per le 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 la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato, dovuta alla Società a fronte dell'adesione alla 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 aggiuntivo Danni, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** indica l'Assicuratore 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 Compagnia CACI Non Life dac è titolare del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti dall’intermediario assicurativo, in sede di adesione al contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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

i dati raccolti nel modulo di adesione per la conclusione, esecuzione e gestione del contratto saranno trattati per le finalità descritte e conservati per un periodo corrispondente ai termini prescrizionali indicati nell’art. 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 modulo di adesione): due anni dalla scadenza o termine del contratto;
  - con riferimento al modulo di adesione: dieci anni dalla scadenza o termine del contratto;
  - con riferimento ai dati inerenti ai sinistri/reclami (salvo i documenti contabili): due anni dalla chiusura del sinistro/reclamo;
  - con riferimento ai documenti contabili o fiscali relativi ai pagamenti connessi ai reclami: dieci anni dalla scadenza o termine del contratto.

Nel caso in cui il contratto non sia concluso, i dati possono essere conservati per un periodo di tre anni dalla data di conferimento dei dati.
I dati relativi al Suo stato di salute sono trattati per tutta la durata del contratto e conservati per lo stesso periodo richiesto per la conclusione del contratto nonché in conformità con le norme di riservatezza specificamente previste per tali dati.

- In ambito di lotta al riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo: dieci anni dalla cessazione del rapporto continuativo, della prestazione professionale o dall’esecuzione dell’operazione occasionale;
- con riferimento agli obblighi di conoscenza del cliente in relazione alla disciplina delle sanzioni internazionali: sei anni dalla scadenza o termine del contratto;
- in ambito di lotta alle frodi: sei mesi dalle segnalazioni per quelle irrilevanti; per le segnalazioni rilevanti, invece, il periodo di conservazione dei dati è di cinque anni dalla chiusura del fascicolo sulla frode o dal termine prescrizionale in caso di reato;
- in ambito di elaborazione commerciale e in assenza di un contratto: i dati elaborati possono essere conservati per un periodo di tre anni dall’ultimo contatto infruttuoso.

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi con i quali il modulo di Adesione è stato sottoscritto e, ove previsto, le compagnie di co-assicurazione, di riassicurazione, nonché le amministrazioni e le autorità giudiziarie

preposte alla vigilanza delle prescrizioni normative e regolamentari rilevanti in materia (a titolo esemplificativo IVASS, COVIP, CONSAP e le motorizzazioni). Possono essere destinatari dei Suoi dati medici, consulenti tecnici di parte e legali. Sono inoltre destinatarie dei dati le Compagnie e le società del Gruppo Crédit Agricole, che siano responsabili della gestione e la prevenzione dei rischi connessi alle operazioni (antiriciclaggio, valutazione del rischio) a beneficio di tutte le entità del gruppo nonché i subfornitori, i cui nominativi potranno essere conosciuti dall'Interessato tramite specifica richiesta, da effettuarsi con le modalità di seguito indicate.
I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.
Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

In applicazione della normativa in vigore, Lei ha diritto all' accesso e alla rettifica dei dati, alla cancellazione dei medesimi nella misura in cui questi non siano più necessari per le finalità per cui sono stati raccolti o qualora il 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 delle stesse in Dublin 2, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower.

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