Assicurazione CPI Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
Compagnia: CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)
Prodotto: "Coperto Revolving" (Cod. 2020/01)

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?

Coperto Revolving è una polizza collettiva facoltativa accessoria al Contratto di Apertura di Credito Revolving che indennizza il debito risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e le rate mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia.

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio non inferiore al 66%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito alla data dell'Infortunio che ha generato l'Invalidità Totale Permanente.

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

✓ Ricovero Ospedaliero derivante da Malattia: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario per ogni mese di durata del Sinistro, un importo pari all'ammontare delle rate mensili del finanziamento 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 (c.d. limiti di Indennizzo).

Che cosa non è assicurato?

✗ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio: non è assicurata l'Invalidità Totale Permanente inferiore al 66%.

Ci sono limiti di copertura?

Dalle coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio 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.

Dalla copertura Ricovero Ospedaliero da Malattia sono esclusi:
! Malattie derivanti da interventi di carattere estetico;
! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.

Dove vale la copertura?

✓Le coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 versato dall'Assicurato è mensile e posticipato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno del primo utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito.
La durata delle coperture è pari alla durata del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.

Assicurazione CPI Multirischi – Sezione copertura vita

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

Impresa: CACI Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00420)
Prodotto: "Coperto Revolving" (cod. 2020/01)
Data di realizzazione: 1 Gennaio 2020 - 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?

Coperto Revolving è una polizza collettiva facoltativa accessoria al Contratto di Apertura di Credito Revolving che indennizza il debito risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito 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 risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito che, al momento del verificarsi del Sinistro, l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva (c.d. limiti di Indennizzo).

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:
- Suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione;
- Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;
- 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 versato dall'Assicurato è mensile e posticipato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno del primo utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito.
La durata della copertura è pari alla durata del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

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

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione scritta alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative e il Sinistro è in corso di valutazione.
La polizza collettiva non prevede la possibilità dell'Assicurato di revocare la proposta, né di risolvere il contratto.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione CPI Multirischi

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

Imprese: CACI Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00420)
CACI Non-Life dac (Irlanda) operante in Italia in libera prestazione di servizi (N. reg. Ivass II.00419)
Prodotto: "Coperto Revolving" (cod. 2020/01)

Data di realizzazione: 1 Gennaio 2020- 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 2018 il patrimonio netto di CACI Life dac è pari a € 167.493.485 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 27.355.245 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). Al 31 Dicembre 2018 il patrimonio netto di CACI Non–Life dac è pari a € 168.633.979 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed €95.442.939 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 163,5% per la parte vita e 143,3% per la parte danni.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ramo Vita:
Copertura Caso Morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
L'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà, in ogni caso, eccedere il massimale di Euro 20.000,00.
Ramo Danni:
L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali, in particolare:
Invalidità Totale Permanente da Infortunio: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e non potrà eccedere il massimale di Euro 20.000,00;
Inabilità Temporanea Totale da Infortunio: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.000,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e per l'intera durata della copertura.
Ricovero Ospedaliero da Malattia: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 1.000,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 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 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.

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 da Infortunio.

Ramo Danni: ad integrazione delle esclusioni presenti nel DIP Danni, sono esclusi dalla copertura caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, dalla copertura caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e dalla copertura Ricovero Ospedaliero da Malattia:

- mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati a patologie diagnosticate successivamente alla stipula della polizza e tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

Franchigia per la copertura Inabilità Temporanea Totale da Infortunio: 60 giorni (franchigia assoluta).
Franchigia per la copertura Ricovero Ospedaliero da Malattia: 7 giorni (franchigia relativa).

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 al Contraente e potranno richiedere informazioni al seguente numero: 02/6994.3001. La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento mediante trasmissione ad: AGOS DUCATO SPA, Viale Fulvio Testi, 280 - 20126 Milano. Documentazione da presentare in caso di Sinistro: -copertura caso morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita; -coperture danni: l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione: <u>Invalidità Totale Permanente da Infortunio</u> -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. <u>Inabilità Temporanea Totale da Infortunio</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). <u>Ricovero Ospedaliero da Malattia</u> -eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa; -eventuale copia completa della cartella clinica relativa al ricovero, oppure, se l'Assicurato è ancora ricoverato, copia del certificato di ricovero; -questionario medico sulle cause del ricovero; -i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).
	Prescrizione: I diritti derivanti dal **contratto di assicurazione danni** si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.). I diritti derivanti dal **contratto di assicurazione sulla vita** si prescrivono in dieci anni dal decesso dell'Assicurato (art. 2952, secondo comma, c.c.). Si richiama l'attenzione sulle previsioni stabilite dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 in materia di rapporti dormienti. In particolare, si segnala che gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della polizza che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.
	Liquidazione della prestazione: la Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa necessaria a valutare il Sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	La comunicazione alla Società da parte 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.

Quando e come devo pagare?	
Premio	In relazione alle modalità di pagamento del Premio, non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP Vita e al DIP Danni. Il Premio è comprensivo di imposta. Caci riceve il mensilmente il Premio che è calcolato in funzione dell'importo del debito risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito del mese precedente.
Rimborso	La polizza collettiva non prevede estinzioni totali o parziali del finanziamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La durata delle coperture è pari alla durata del Contratto di Apertura di Credito Revolving. Le coperture cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del del 75esimo anno di età; (ii) in caso di risoluzione per qualsiasi causa o di recesso dal Contratto di Apertura di Credito Revolving; (iii) al pagamento dell' Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente da Infortunio. **La Copertura Ricovero Ospedaliero da Malattia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni.**
Sospensione	L'Aderente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi dandone comunicazione scritta alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. In caso di sospensione del pagamento dei premi, non è più possibile riattivare la Polizza Convenzione. La comunicazione di sospensione del pagamento dei premi deve essere inviata a CACI Life dac e CACI Non-Life dac via Fax: 0035 31 603 96 49 o al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo: Agos Ducato SpA – Viale Fulvio Testi, 280 20126 Milano. Le Coperture Assicurative non saranno più attive dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio e i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Recesso, Revoca e Risoluzione	L'aderente può esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla adesione, dandone comunicazione scritta alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Essendo la copertura connessa al Finanziamento, l'aderente che recede entro 60 giorni dalla sottoscrizione può sostituire la polizza con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27). Il diritto di recesso non potrà essere esercitato se l'aderente ha denunciato un Sinistro nel predetto termine di 60 giorni e il Sinistro è in corso di valutazione. La comunicazione di recesso deve essere inviata a CACI Life dac e CACI Non-Life dac via Fax: 0035 31 603 96 49 o al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo: Agos Ducato SpA – Viale Fulvio Testi, 280 - 20126 Milano. 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. 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, che abbia sottoscritto con Agos Ducato un contratto per l'apertura di una linea di credito revolving o una carta di credito revolving, con età compresa tra 18-65 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 50,00% 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, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

CRÉDIT AGRICOLE CREDITOR INSURANCE

Gruppo Crédit Agricole S.A.

Condizioni di assicurazione

Polizze Collettive n. "L-2013-10-06-203-1" (CACI Life dac) e n. "N-2013-10-06-203-1" (CACI Non Life dac) denominate "COPERTO REVOLVING" stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A. e CACI

La presente polizza assicurativa accessoria al contratto di apertura di credito revolving è facoltativa

(aggiornamento al 01/01/2020) Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"

(cod. 2020/01)

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

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

Coperto Revolving (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA, FACOLTATIVA ACCESSORIA AL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING**, che prevede le seguenti coperture:

- **CASO MORTE;**
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO** di grado pari o superiore al 66%;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO;**
- **RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA**

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

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

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all' art. 1.1.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 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

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito residuo risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Apertura di Credito Revolving, 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: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 20.000,00 anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo al medesimo Assicurato. Nei casi in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a tale importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 20.000,00 e sarà calcolato proporzionalmente al rapporto tra tale massimale e l'importo del debito residuo sul totale dei finanziamenti in essere a tale data.

Art. 1.2. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE E 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 66%, 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 INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente 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 66% 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 da Infortunio, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al debito residuo risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del Contratto di Apertura di Credito Revolving, 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: l'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 20.000,00 anche in caso di più finanziamenti erogati dal Contraente in capo al medesimo Assicurato. Nei casi in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a tale importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 20.000,00 e sarà calcolato proporzionalmente al rapporto tra tale massimale e l'importo del debito residuo sul totale dei finanziamenti in essere a tale data.

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 da Infortunio. **In questo caso la Società provvederà al pagamento dell'Indennizzo per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio e non per il Caso Morte**.

Art. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO
Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, 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 DA INFORTUNIO
Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio dal quale 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 **trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio.

La copertura Inabilità Temporanea Totale da Infortunio prevede i seguenti massimali:

- **indennizzo mensile**: per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 1.000,00;
- **massimale per Sinistro e massimale globale**: il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità temporanea Totale da Infortunio è di n.12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 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, 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 da Infortunio 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 del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 12 Indennizzi mensili.

Esempio:

L'Assicurato, durante il periodo di validità della polizza, subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 6 mesi. A seguito dell'Infortunio, l'Assicurato denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.
Valutato il Sinistro e trascorsi **60 giorni (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo che non può superare Euro 1.000,00.
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 e per l'intera durata della copertura assicurativa 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 da Infortunio 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 da Infortunio. (**Periodo di Riqualificazione**).

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

Art. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA
Nel caso in cui si verifichi una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, 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. 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.

1.4.1. INDENNIZZO PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA
Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario **trascorsi 7 giorni (Periodo di Franchigia Relativa)**, per ogni mese di durata del Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero da Malattia secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

In caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni che decorre dalla data di adesione alla Polizza Convenzione.

Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero 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 diritto al primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sorge se l'Assicurato è stato ricoverato per almeno 7 giorni e sarà liquidato al passaggio della rata mensile. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero da Malattia.

La copertura Ricovero Ospedaliero da Malattia prevede i seguenti massimali:
- **indennizzo mensile**: per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 1.000,00;
- **massimale per Sinistro e massimale globale**: il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero da Malattia è di n.12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e per l'intera durata della copertura assicurativa.

ATTENZIONE: dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero da Malattia nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni consecutivi, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero da Malattia cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 12 Indennizzi mensili.

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 da Infortunio o Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 da Infortunio o Ricovero Ospedaliero da Malattia.
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 Ricovero Ospedaliero da Malattia non operano.
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 da Infortunio durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Relativa?	Il Periodo di Franchigia Relativa è il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia, indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinchè l'Assicurato abbia diritto al primo indennizzo.

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

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

1. il Cliente sia titolare di **un'Apertura di Credito Revolving**, abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
2. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 65 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.

2.3. L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale 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 Digitale, 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 i dealer convenzionati con Agos Ducato 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 o tramite Firma Digitale, se l'Assicurato ha optato per tale modalità nell'ambito del contratto di finanziamento.

All'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Digitale, 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 Digitale, 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

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

ESCLUSIONI SPECIFICHE CASI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

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.**

ESCLUSIONI SPECIFICHE CASO RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

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).**

ATTENZIONE: nessun indennizzo per il caso Morte risulterà dovuto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto all'Assicurato importi a titolo di indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio.
Nessun indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio risulterà dovuto all'Assicurato qualora la Società abbia corrisposto n. 12 indennizzi mensili per il caso Ricovero Ospedaliero da Malattia.
Nessun indennizzo per il caso Ricovero Ospedaliero da Malattia risulterà dovuto all'Assicurato qualora la Società abbia corrisposto n. 12 indennizzi mensili per il caso Inabilità Temporanea Totale da Infortunio.

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

Ferme restando le esclusioni disciplinate nei paragrafi precedenti, le coperture caso Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 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 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 comunicazione scritta al Contraente e potranno richiedere informazioni al numero **02/6994.3001.**

6.2 La denuncia del Sinistro, unitamente alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5, dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

AGOS DUCATO S.p.A.
Viale Fulvio Testi, 280
20126 Milano

6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., ad inviare al Contraente, 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 tramite il Contraente 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 DA INFORTUNIO

- 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.

6.5.3. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

- 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).

6.5.4. RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

- Eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- eventuale copia completa della cartella clinica relativa al ricovero, oppure, se l'Assicurato è ancora ricoverato, copia del certificato di ricovero;
- questionario medico sulle cause del ricovero;
- i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

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 i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla presente Polizza. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART. 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 da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia) che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento e i sinistri caso Morte che non siano denunciati entro dieci anni dal decesso non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

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

ART. 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.

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

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento da parte dell'Assicurato, di un Premio mensile posticipato comprensivo delle eventuali imposte previste per legge.

Ciascun Premio indicato nell'estratto conto del Conto Revolving o della Carta di Credito:

(i) è calcolato in funzione dell'importo del debito residuo risultante dall'utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito nel mese precedente;

(ii) è pari allo 0,40% dell' importo di cui al punto (i) che precede.

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 sopra indicato sono pari al 50,00%.
Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.
Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società.

ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24:00 del giorno (la "**Data di Decorrenza**") del primo utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito.

Le coperture assicurative hanno una durata pari a quella del Contratto di Apertura di Credito Revolving e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

(i) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età;
(ii) in caso di risoluzione per qualsiasi causa o recesso del Contratto di Apertura di Credito Revolving;
(iii) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

ART. 12 – 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. 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

L'Assicurato può recedere dall'adesione alla presente Polizza Convenzione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:
- CACI Life dac e CACI Non-Life dac (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;
ovvero
- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:
AGOS DUCATO S.p.A.
Viale Fulvio Testi, 280
20126 Milano

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.

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale dandone comunicazione alla Società o al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di sospensione del pagamento dei premi deve essere inviata a:

- CACI Life dac e CACI Non-Life dac
via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;
ovvero
- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:
AGOS DUCATO S.p.A.
Viale Fulvio Testi, 280
20126 Milano

In caso di sospensione del pagamento dei premi, non è più possibile riattivare la Polizza Convenzione. Le Coperture Assicurative non saranno più attive dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio e i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

ART. 17 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 18 – RISCATTO E RIDUZIONE

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

ART. 19 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

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** ad uno degli indirizzi sotto riportati.

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
la Casella postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)
E-mail: complaints@ca-caci.ie

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
E-mail: info@pec.agosducato.it

Se l'esponente, nel termine massimo di quarantacinque giorni, non ha ricevuto riscontro alla sua richiesta da parte della Società o del Contraente o non è completamente soddisfatto della risposta ricevuta, potrà inviare reclamo scritto all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA, o tramite fax al 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.

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 un apposito questionario, debitamente firmato dal Cliente la cui copia è archiviata dal Contraente.

GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione contenuto nel Modulo di richiesta di Apertura di Credito Revolving.
- **Apertura di Credito Revolving**: indica la linea di credito revolving, utilizzabile tramite Conto Revolving o Carta di Credito, messa a disposizione dal Contraente a seguito della sottoscrizione del Contratto di Apertura di Credito Revolving. Indica altresì l'apertura di credito revolving privativa con disponibilità ripristinabile e utilizzabile solo nell'ambito del circuito privativo ed esclusivamente per l'acquisto di beni.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Carta di Credito**: indica la carta di credito revolving mediante la quale il Cliente utilizza l'Apertura di Credito messa a disposizione dal Contraente.
- **Cliente (o Aderente):** indica qualunque persona alla quale sia stata concessa dal Contraente un'Apertura di Credito Revolving e abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Conto Revolving**: indica il conto mediante il quale il Cliente può utilizzare l'Apertura di Credito messa a disposizione dal Contraente.
- **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 Apertura di Credito Revolving**: indica il contratto con il quale il Cliente richiede ad Agos Ducato S.p.A. la concessione di una Apertura di Credito Revolving.
- **Data di Decorrenza**: indica le ore 24 del giorno del primo utilizzo del Conto Revolving o della Carta di Credito, a condizione che il Contratto di Apertura di Credito Revolving sia stato perfezionato.
- **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.
- **Firma Digitale:** indica un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.
- **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 da Infortunio:** indica la perdita totale temporanea a seguito di Infortunio, 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.
- **Infocert**: indica l'ente certificatore approvato dall'Agenzia per l'Italia Digitale ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 235/2010).
- **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 da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è

riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 66%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.

- **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologhe ed estetiche.
- **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:** indica il decesso dell'Assicurato.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire dell'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale la copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero per Malattia non è efficace.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero da Malattia indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Ricovero Ospedaliero da Malattia 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 da Infortunio o Ricovero Ospedaliero da Malattia.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione, dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative.
- **Ricovero Ospedaliero da Malattia:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Set Informativo:** indica l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è costituito da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** 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 da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia 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, 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 Life dac e CACI Non Life dac hanno designato il Responsabile della Protezione dei dati, raggiungibile presso la sede delle Compagnie in Dublino, Irlanda, Beaux Lane House, Mercer Street Lower nonché all'indirizzo e-mail dataprotectionofficer@ca-caci.ie.