

Assicurazione Multirischi – Sezione coperture danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: "Protezione Domani Crédit Agricole Italia" (cod. 2022/01)

La presente informativa fornisce un riepilogo delle principali garanzie ed esclusioni del contratto e non tiene conto di esigenze e richieste specifiche. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Protezione Domani Crédit Agricole Italia è una polizza collettiva facoltativa che indennizza il capitale assicurato in caso di Invalidità Totale Permanente o una percentuale del capitale assicurato in caso di Inabilità Temporanea Totale



Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente a causa di Infortunio o Malattia superiore al 60%, calcolata secondo le Tabelle INAIL: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato.

✓ Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al 2,5% del Capitale Assicurato.

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



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

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

! Infortuni o Malattie derivanti da atti di autolesionismo;

! Infortuni o Malattie derivanti da interventi di carattere estetico;

! Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;

! Infortuni causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti e sommosse;

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.



Dove vale la copertura?

✓ Le coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.



Che obblighi ho?

- Pagare il Premio convenuto con la Società;
- Denunciare tempestivamente il Sinistro;
- Trasmettere la documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro da parte della Società;
- Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere.

Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo e viene versato tramite addebito automatico sul conto corrente dell'Assicurato al momento dell'adesione alla polizza collettiva e così per le successive proroghe annuali.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

La durata delle coperture è a tempo indeterminato e verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può dare disdetta entro 60 giorni dalla scadenza annuale della polizza. Tramite la comunicazione di disdetta, l'Assicurato impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.

Inoltre, l'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dal momento in cui ha prestato il proprio consenso all'adesione, dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative.

Assicurazione Multirischi – Sezione copertura vita

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

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





Prodotto: "Protezione Domani Crédit Agricole Italia" (cod. 2022/01)


Data di realizzazione: 1 luglio 2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

La presente informativa fornisce una sintesi della copertura Caso Morte e non tiene conto di esigenze e richieste specifiche. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Protezione Domani Crédit Agricole Italia è una polizza collettiva facoltativa che indennizza il capitale assicurato in caso di decesso

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>Copertura Caso Morte</p> <p>In caso di decesso dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato.</p> <p>La Società indennizza fino all'importo massimo stabilito dalla polizza collettiva.</p>	<p>Non sono assicurati coloro che hanno un'età superiore ai 75 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.</p>  Ci sono limiti di copertura? <p>Dalla copertura Caso Morte sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Suicidio o atti di autolesionismo se avvenuti nei 12 mesi successivi all'adesione;- Infortuni causati da pratica di sport estremi o pericolosi;- Infortuni causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti e sommosse e fatti di guerra;- eventi determinati o correlati ad infermità mentale.
 Dove vale la copertura?	
<p>La copertura assicurativa per il Caso Morte è valida in tutti i paesi del mondo.</p>	

 Che obblighi ho?
<ul style="list-style-type: none">- 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:<ul style="list-style-type: none">• copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;• certificato di morte;• relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;• verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;• dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);• copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);• scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4).• In caso di morte violenta, copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso e copia di eventuale referto autoptico.- Fornire risposte precise e veritiere alle domande relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere. <p>Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.</p>



Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo e viene versato tramite addebito automatico sul conto corrente dell'Assicurato al momento dell'adesione alla polizza collettiva e così per le successive proroghe annuali.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

La durata della copertura è a tempo indeterminato e verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta.



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

L'Assicurato può dare disdetta entro 60 giorni dalla scadenza della durata iniziale o entro 60 giorni dalle successive scadenze annuali della polizza. Tramite la comunicazione di disdetta, l'Assicurato impedisce che la polizza si rinnovi tacitamente.

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dal momento in cui ha prestato il proprio consenso all'adesione, dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

L'Assicurato non può recedere se ha denunciato un Sinistro durante i 60 giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative.

La polizza collettiva non prevede la possibilità per l'Assicurato di revocare la proposta, nè di risolvere il contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI

NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

Assicurazione Multirischi

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

Imprese: CACI Life dac - Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00082)
CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00083)

Prodotto : “Protezione Domani Crédit Agricole Italia” (cod. 2022/01)

Data di realizzazione: 1 luglio 2022 - Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono Compagnie assicuratrici di diritto irlandese appartenenti al Gruppo francese Crédit Agricole S.A. Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda. Indirizzo della Rappresentanza Generale per l'Italia (con cui sarà concluso il contratto): Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano, Italia. Sito internet: www.ca-caci.it Telefono: +39 02 3661 7200 Fax: +39 02 3661 7224 E-mail: Admin.it@ca-caci.it.

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

Caci Non-Life dac è autorizzata ad operare nei rami danni (1, 2, 8, 9 e 16), Codice IVASS Impresa n° D883R, iscrizione all'Elenco annesso all'Albo Imprese per le Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento n° I.00083 a far data dal 18/01/2010, N. REA Mi-1936641.

Caci Life dac e CACI Non-Life dac operano in Italia in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia. Le Compagnie sono soggette alla vigilanza di Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

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

Al 31 Dicembre 2021 il patrimonio netto di CACI Life dac è pari a € 229.501.699 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 89.363.459 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). Al 31 Dicembre 2021 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 189.720.076 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 116.529.036 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 166,4% per la parte vita e 215,4% 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 100.000,00.

Ramo Danni:

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

Invalità Totale Permanente: l'Indennizzo non potrà superare il capitale assicurato e, in ogni caso, non potrà eccedere il massimale di Euro 100.000,00;

Inabilità Temporanea Totale: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.500,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni generiche valide per tutte le coperture:

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

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

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

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

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

- 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: 60 giorni (franchigia assoluta).


Inoltre, solo per importi superiori a Euro 20.000,00 sono esclusi da tutte le coperture:


- malattie e malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;
- gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza delle coperture e che è associata ad un pericolo per la salute della madre.




Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro	<p>Denuncia di Sinistro: la denuncia di Sinistro dovrà essere presentata alla Società nel più breve tempo possibile, compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro.</p> <p>La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere trasmessa con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a: CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia Casella Postale chiusa 90, Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) Fax +39 02 3661 7224 - e mail: Admin.it@ca-caci.it.</p> <p>Documentazione da presentare in caso di Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none">-copertura caso morte: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita;-coperture danni: <p>l'Assicurato o i suoi aventi causa devono trasmettere alla Società i seguenti documenti per la liquidazione della prestazione assicurativa:</p> <p><u>Invalidità Totale Permanente</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Copia di un documento di identità dell'Assicurato;- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;- verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto la relazione del medico legale che attesti l'invalidità totale permanente, il suo grado e la causa;-verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura; <p>nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento:</p> <ul style="list-style-type: none">-eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro. <p><u>Inabilità Temporanea Totale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Copia di un documento di identità dell'Assicurato;- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;-certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana, eventuale certificato di ricovero in ospedale eventuale verbale di Pronto Soccorso e copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del Sinistro);- copia del certificato INPS/INAIL di inabilità temporanea totale;- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione danni si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.).</p> <p>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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Liquidazione della prestazione: la Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa necessaria a valutare il Sinistro.</p> <p>La comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Società può impugnare il contratto, comunicando all'Assicurato la propria volontà di procedere con l'impugnazione del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892 e 1894 c.c.).</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalla copertura assicurativa mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.</p>

 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.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La durata delle coperture è a tempo indeterminato e verrà tacitamente prorogata di anno in anno, salvo disdetta.</p> <p>Le coperture cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) al raggiungimento da parte dell'Assicurato dell'80esimo anno di età; (ii) al pagamento del Capitale Assicurato a seguito di indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente.</p> <p>La Copertura Inabilità Temporanea Totale è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni solo in caso di Inabilità Temporanea Totale da Malattia.</p>
Sospensione	<p>Se l'Assicurato non paga una o più premi successivi al primo, le coperture assicurative restano sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza del Premio annuo rimasto non pagato e riacquistano efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio non pagato, ferme restando le successive scadenze.</p> <p>Decorsi 6 mesi dalla scadenza del Premio non pagato senza che l'Assicurato abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla polizza si intenderà risolta di diritto.</p>

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Recesso Revoca e Risoluzione	<p>L'aderente può esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dall'adesione, dandone comunicazione scritta alla Società e al Contraente, indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa. Il diritto di recesso non potrà essere esercitato se l'aderente ha denunciato un Sinistro nel predetto termine di 60 giorni.</p> <p>La comunicazione di recesso deve essere inviata a CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale chiusa 90, ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) o via Fax: +39 02 3661 7224 e al Contraente mediante consegna all'Agenzia/Filiale Crédit Agricole Italia S.p.A. presso la quale è avvenuta l'adesione.</p> <p>Il recesso ha effetto a decorrere dal ricevimento della comunicazione da parte della Società. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborserà, per il tramite del Contraente, il Premio pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.</p> <p>La polizza collettiva non prevede la possibilità di revocare la proposta, nè di risolvere il contratto.</p>



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto all'aderente con età compresa tra 18-75 anni al momento dell'adesione alla polizza ed età alla scadenza non superiore a 80 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.
Costi di intermediazione: sono pari al 59,00% calcolati sul Premio (al netto delle imposte).
Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente (intermediario).
Costi per eventuali visite mediche: sono a carico dell'aderente.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza collettiva non prevede riscatti o riduzioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per i reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei Sinistri rivolgersi a : CACI Life dac e CACI Non-Life dac Rappresentanza Generale per l'Italia Casella Postale chiusa 90 Ufficio postale di Mortara 27036 Mortara (PV) Fax: +39 02 3661 7224 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. Per la parte di Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del Premio unico. Per i premi annui, la detrazione potrà essere effettuata in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di corresponsione del Premio di proroga.

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

Polizze collettive n. L-2047-10-18-237-1 (CACI Life dac) e n. N-2047-10-18-237-1 (CACI Non Life dac) denominate “PROTEZIONE DOMANI” stipulate tra CRÉDIT AGRICOLE ITALIA S.p.A. e le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l’Italia

La presente polizza assicurativa è facoltativa


(aggiornamento al 01/07/2022) condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro “Contratti Semplici e Chiari”

COME LEGGERE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

In particolare, nelle condizioni di assicurazione potrai trovare:

- ✓ Box esplicativi di colore **VERDE**, contenenti esempi utili per comprendere il funzionamento del contratto e delle coperture offerte.
- ✓ Box esplicativi di colore **BLU**, che contengono l'approfondimento o la spiegazione di clausole contrattuali o norme di legge, al fine di consentire una maggiore comprensione del contratto.
- ✓ L'indicazione **ATTENZIONE** per le clausole contrattuali che dovrai leggere con particolare attenzione, poiché contengono riferimenti a limitazioni, esclusioni, costi oppure oneri a carico 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 3 di 16
ART. 3 – ESCLUSIONI	pag 4 di 16
ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI.....	pag 5 di 16
ART. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag 5 di 16
ART. 6 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO.....	pag 6 di 16
ART. 7 – PRESCRIZIONE	pag 7 di 16
ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	pag 7 di 16
ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI.....	pag 7 di 16
ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO.....	pag 8 di 16
ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	pag 8 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 9 di 16
ART. 17 – DISDETTA	pag 9 di 16
ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA.....	pag 9 di 16
ART. 19 – RISCATTO E RIDUZIONE.....	pag 9 di 16
ART. 20 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE	pag 10 di 16
ART. 21 – CESSIONE DEI DIRITTI.....	pag 11 di 16
ART. 22 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA	pag 11 di 16
ART. 23 – SANZIONI INTERNAZIONALI	pag 11 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

Protezione Domani (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA COLLETTIVA FACOLTATIVA**, che prevede le seguenti coperture:

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

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

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

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE

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

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

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere il massimale complessivo di Euro 100.000,00.

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

Nel caso in cui si verifichi un Infortunio o una Malattia dal quale derivi per l'Assicurato una Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all' art. 1.2.1., se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

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

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

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

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

In caso di Invalidità Totale Permanente, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato.

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere il massimale complessivo di Euro 100.000,00.

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

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

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui all'art. 1.3.1 se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 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 oneri di cui agli art. 5 e 6.

1.3.1. INDENNIZZO PER IL CASO INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 60 giorni**, una somma pari al 2,5% del Capitale Assicurato e così per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro e nei limiti dei **massimali** previsti nel presente articolo.

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

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

La copertura Inabilità Temporanea Totale prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo mensile:** per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 2.500,00;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale per lo stesso Sinistro è di n.12 Indennizzi mensili;
- **massimale globale:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

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

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 36 Indennizzi mensili.

Esempio:

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

Valutato il Sinistro e trascorsi **60 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo che non può superare Euro 2.500,00.

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

Trascorsi alcuni mesi, l'Assicurato sta bene e torna a svolgere la sua normale attività lavorativa, il Sinistro quindi è chiuso e la Società non eroga più l'Indennizzo mensile ma, dopo 20 giorni subisce un nuovo infortunio che non gli permette di svolgere la sua attività lavorativa per 2 mesi.

La successiva prestazione assicurativa per Inabilità Temporanea Totale risulta dovuta?

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

ATTENZIONE: l'esempio ha mere finalità esplicative.

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?	Il Periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale indennizzati nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione durante il quale la copertura per Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia non opera. Ciò significa che l'Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia verificatasi nei primi 30 giorni di decorrenza della Polizza Convenzione non verrà mai indennizzata dalla Società.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?	Il Periodo di Franchigia Assoluta è il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

- 2.1. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:
1. sia registrato nell'anagrafe del Contraente e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.
 2. **se il Capitale Assicurato è di importo superiore a 20.000,00 al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, abbia compilato il Questionario Sanitario, che costituisce parte integrante del presente contratto di assicurazione, in modo veritiero e fornito risposta negativa a tutte le domande in esso contenute;**
 3. abbia **un'età compresa tra i 18 e i 75 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
- 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 e della fruibilità del servizio presso il Contraente. Qualora il Cliente non sia ancora abilitato all'utilizzo della Firma Digitale, dovrà attivare il servizio. L'attivazione del servizio è a cura del Contraente che richiederà al Cliente di apporre la propria firma sul tablet con presa visione della documentazione necessaria al rilascio della Firma Digitale per consentire al Cliente di dare le necessarie conferme.

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 il Set Informativo unitamente a tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente.

Al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione, anche in caso di adesione tramite l'utilizzo della Firma Digitale, al Cliente sarà consegnata la documentazione contrattuale prevista dalla normativa vigente.

ATTENZIONE: in caso di adesione 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 ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
4. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici). *Tale esclusione non si applica nei casi in cui l'Assicurato sia esposto per ragioni mediche e terapeutiche a tali eventi;*
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra.

ESCLUSIONI SPECIFICHE CASO MORTE

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

1. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);
2. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
3. trattamenti di carattere estetico richiesti dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa;
4. 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);
5. Infortuni causati da:
 - ✓ Pratica dei seguenti sport in generale:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore.
- ✓ Pratica dei seguenti sport in competizione:
 - partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.
- ✓ Pratica di sport a livello professionistico:
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

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

ATTENZIONE: TUTTE le coperture assicurative assunte con Questionario Sanitario, se il Capitale Assicurato è di importo superiore a € 20.000, in aggiunta alle Esclusioni di cui sopra, non includono gli Indennizzi per sinistri causati da:

- malattie e malformazioni stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Decorrenza o nei 30 giorni successivi a tale data;
- gravidanza a rischio già nota all'Assicurato alla Data di Decorrenza delle coperture e che è associata ad un pericolo per la salute della madre.

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

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

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

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

ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI

La copertura assicurativa per il caso Morte è valida in tutti i paesi del mondo. Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purchè la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

ART. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha l'obbligo di:

- **pagare il Premio convenuto con la Società**, nelle modalità e nella misura prevista dall'art. 10 delle presenti condizioni di 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 IN CASO DI SINISTRO

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne comunicazione scritta alla Società compilando preferibilmente l'apposito modulo di denuncia Sinistro che viene consegnato unitamente al Set Informativo.
- 6.2 La denuncia Sinistro, unitamente alla documentazione richiesta al successivo paragrafo 6.5 dovrà essere trasmessa alla Società con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno mediante trasmissione a:



CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)

oppure

tramite E mail: Admin.it@ca-caci.it

oppure

tramite fax: +39 02 3661 7224

- 6.3 A seguito del pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato sarà tenuto, oltre che ad inviare alla Società la denuncia di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1. e 6.2., ad inviare alla Società, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 6.2.
- 6.4 La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali relative al diritto alle prestazioni assicurative di cui alla Polizza Convenzione.
- 6.5 **In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa dovranno trasmettere alla Società la seguente documentazione:**

6.5.1. CASO MORTE

- copia di un documento di identità valido attestante la data di nascita dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle coperture assicurative;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- verbale di Pronto Soccorso e/o copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio e/o eventuale copia autentica del testamento (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- copia dei documenti di identità degli eredi (solo nel caso in cui siano beneficiari gli eredi);
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (modulo ISTAT D4).

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

6.5.2. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

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

6.5.3. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- copia di un documento di identità dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle coperture assicurative;
- relazione medica sulle cause del Sinistro redatta su apposito modulo;
- certificato 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 eventuale verbale di Pronto Soccorso e copia delle cartelle cliniche (anche per la continuazione del Sinistro);
- copia del certificato INPS/INAIL di inabilità temporanea totale;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.

ATTENZIONE: la richiesta della copia del Modulo di Adesione ha la sola finalità di facilitare ed accelerare la gestione del Sinistro. La mancata presentazione del suddetto documento non rappresenta condizione ostativa al pagamento del Sinistro.

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

ART. 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 Permanente e Inabilità Temporanea Totale che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento e i sinistri caso Morte che non siano denunciati entro dieci anni dal decesso non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

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 pro tempore vigenti.

ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

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

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

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

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

Cosa si intende per informazioni false, inesatte e reticenti?

Sono informazioni false, inesatte e reticenti le informazioni non veritiere, non corrette, non complete o taciute relative ad aspetti che la Società deve necessariamente conoscere al fine di decidere se assumere o meno il rischio da assicurare o se assumerlo a determinate condizioni.

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

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le coperture assicurative vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un **Premio annuo** comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente, al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

Il Premio è calcolato moltiplicando il **tasso premio** pari a **1,66%** per il Capitale Assicurato scelto dal Cliente al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione.

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

tasso premio lordo	componente garanzia vita	componente garanzie danni
1,66%	59,08%	40,92%

Il Premio verrà addebitato in maniera automatica sul conto corrente del Cliente aperto presso una banca che ha sede nell'Unione europea a partire dal momento dell'adesione alla Polizza Convenzione e così per le successive proroghe annuali.

Tale Premio resterà invariato ad ogni proroga annuale. **E' comunque fatta salva la facoltà della Società di variare il Premio annuo. Tale facoltà può essere esercitata dalla Società di anno in anno solo se sono decorsi almeno 10 anni dalla data di addebito del primo Premio annuo.** Il nuovo Premio, che avrà decorrenza dalla successiva data di proroga annuale, sarà comunicato all'Assicurato e al Contraente con un preavviso di almeno 120 giorni prima della data in cui avverrà tale variazione.

In ogni caso, l'Assicurato potrà dare disdetta alla Polizza Convenzione inviando alla Società lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro 60 giorni prima della scadenza annuale, secondo le modalità illustrate nell'art. 17. La disdetta sarà efficace a partire dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la disdetta è stata esercitata.

Esempio di calcolo del Premio

capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione = € 10.000,00

Premio = € 10.000,00 x 1,66% = € 166,00

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative.

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle imposte) e già inclusi nel tasso di premio, sono pari al 59,00%. Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente.

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

Decorsi 6 mesi dalla scadenza del Premio non pagato senza che l'Assicurato abbia provveduto al pagamento del Premio, l'adesione alla Polizza Convenzione, si intenderà risolta di diritto.

ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

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

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata a tempo indeterminato e verranno tacitamente prorogate di anno in anno, salvo disdetta da comunicare secondo le modalità previste all'art.16.

- 11.2. Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) al raggiungimento da parte dell'Assicurato dell'80esimo anno di età (ii) al pagamento dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente.

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

ART. 12 – ONERI FISCALI

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

ART. 13 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 16 – RECESSO

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

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

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

Rappresentanza Generale per l'Italia

Casella Postale chiusa 90

Presso Ufficio postale di Mortara

27036 Mortara (PV)

o via Fax: +39 02 3661 7224

e

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

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

ART. 17 – DISDETTA

L'aderente, ad ogni scadenza annuale, può dare disdetta alla polizza.

La disdetta deve essere inviata entro 60 giorni dalla scadenza annuale.

con le medesime modalità previste nell'articolo 16.1.

ART. 18 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 19 – RISCATTO E RIDUZIONE

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



ART. 20 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

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

Ufficio Reclami
Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)
Fax: 0035 31 603 96 49
E-mail: complaints@ca-caci.ie



oppure

CACI Life dac e CACI Non-Life dac

Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale chiusa 90
Presso Ufficio postale di Mortara
27036 Mortara (PV)
Fax: +39 02 3661 7224
E-mail: complaints@ca-caci.ie

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

Crédit Agricole Italia S.p.A.

Servizio Reclami
Via Università 1
43121 Parma
e-mail: reclami@credit-agricole.it

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

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 21 – 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. 22 – CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

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

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

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

ART. 23 – SANZIONI INTERNAZIONALI

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

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

Valutazione della coerenza del contratto

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

GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla presente Polizza Convenzione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato per le coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte, indica i soggetti designati dall'Assicurato cui spetta la prestazione assicurativa.
- **Capitale Assicurato:** indica l'importo compreso tra un minimo di Euro 5.000,00 ed un massimo di Euro 100.000,00 indicato nel Modulo di Adesione, scelto dal Cliente al momento dell'adesione alla Polizza Convenzione.
- **Cliente (o aderente):** indica qualunque persona fisica registrata nell'anagrafe del Contraente.
- **Contraente:** indica Crédit Agricole Italia S.p.A. che stipula la Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica l'ultimo dei seguenti eventi:
 1. l'adesione alla Polizza Convenzione si è perfezionata secondo quanto previsto dalla medesima Polizza Convenzione e l'Assicurato sia in possesso dei requisiti ivi previsti;
 2. è stato corrisposto il Premio.
- **DIP Vita:** indica il documento informativo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi come disciplinato dagli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018. Il DIP Vita contiene le principali informazioni per consentire all'aderente di valutare il prodotto e compararlo con prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** indica il documento informativo integrativo del DIP Vita e del DIP Danni nel caso di contratti in cui a prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi sono abbinate garanzie relative ai prodotti danni come disciplinato dall'art. 16 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **DIP Danni:** indica l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- **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:** indica la perdita temporanea, a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o per l'Assicurato che sia non lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica la somma dovuta dalla Società al Beneficiario a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- **Infortunio:** indica evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

 1. l'asfissia non di origine morbosa;
 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 3. l'assideramento o il congelamento;
 4. i colpi di sole o di calore;
 5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
 7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 8. l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente:** indica il caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, perda in modo totale, definitivo e irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza. Tale perdita viene stabilita esclusivamente nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene tassativamente esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 5/02/1992 (tabelle INPS).
- **I.T. Telecom SRL:** indica l'ente certificatore approvato dall'Agenzia per l'Italia Digitale ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 235/2010) di cui si avvale il Contraente per la certificazione della Firma Digitale.
- **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 ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza delle coperture assicurative durante il quale la prestazione per Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia, non è efficace.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione e di Inabilità Temporanea Totale indennizzati nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato, dovuta alla Società a fronte dell'adesione alla Polizza Convenzione.
- **Questionario Sanitario:** indica il documento predisposto dalla Società per accertare lo stato di salute dell'assicurando se il Capitale Assicurato è di importo superiore a Euro 20.000,00.
- **Set Informativo:** indica l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set informativo è costituito da: DIP Danni, DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Modulo di Adesione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, si intende CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale si intende CACI Non-Life dac.

“ TUTELA PRIVACY ” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Società CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono titolari del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti 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 consenso venga revocato, alla portabilità, alla limitazione e opposizione al trattamento dei dati che lo riguardano, salvo che il trattamento medesimo non sia essenziale per l'esecuzione del contratto. L'interessato ha diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati personali (compresi i dati particolari) in qualunque momento con effetto dalla data della revoca. Tuttavia, se il consenso è richiesto per la valutazione del sinistro, la sua eventuale revoca impedisce alla Società la valutazione del sinistro medesimo e la corresponsione della eventuale prestazione assicurativa.

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

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

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

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