

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 Reddito Assicurato Lavoratori Autonomi» (cod. 2023/01)

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

Che tipo di assicurazione è?

Protezione Reddito Assicurato Lavoratori Autonomi è una Polizza Collettiva facoltativa che prevede il pagamento di un Indennizzo fisso e predeterminato in caso di Invalidità Totale Permanente, di Inabilità Temporanea Totale, Diaria da Ricovero Ospedaliero e Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero.



Che cosa è assicurato?

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

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

✓ Diaria da Ricovero Ospedaliero: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) per ogni giorno di degenza pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione fino ad un massimo di 45 giorni per annualità assicurativa;

✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero: la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) per giorno di Convalescenza pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa;

Le coperture Diaria da Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero da Infortunio operano per **tutti** gli Assicurati

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, Inabilità Temporanea Totale, Diaria da Ricovero Ospedaliero e Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero 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 sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva (esclusione non operante per forze dell'ordine e vigili del fuoco nell'esercizio delle proprie funzioni);

! eventi determinati o correlati ad infermità mentale.



Dove vale la copertura?

✓ Tutte le coperture previste dalla Polizza Convenzione 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 relative alla valutazione del rischio che la Società intende assumere.
- Il mancato rispetto di tali obblighi potrebbe compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.



Quando e come devo pagare?

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

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Le coperture assicurative hanno durata indeterminata.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può revocare l'adesione alla Polizza Collettiva in qualsiasi momento tra la data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico e la data di addebito della prima mensilità di Premio.

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

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

Assicurazione Multirischi

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

Impresa: CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia (N. reg. IVASS I.00083)
Prodotto: Protezione Reddito Assicurato Lavoratori Autonomi «(Cod.2023/01)»

Data di realizzazione: 02/05/2023– Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

Caci Non-Life dac – 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 è una compagnia assicuratrice di diritto irlandese appartenente 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 E-mail: Admin.it@ca-caci.it.

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 Non-Life dac opera in Italia in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia. La Compagnia è soggetta alla vigilanza di Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dublin 1, Irlanda.

Al 31 Dicembre 2022 il patrimonio netto di CACI Non-Life dac è pari a € 136.137.092 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 62.946.052 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria delle Società (SFCR) è disponibile sul sito internet: <https://www.ca-assurances.com/en/Investors/Onglets/Solvency-2-Narrative-Reports>. L'indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 188.7 % per la parte vita e 202.7% per la parte danni.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Invalità Totale Permanente da Infortunio: l'Indennizzo è pari a Euro 20.000,00.

Inabilità Temporanea Totale: l'Indennizzo per ogni mese di durata del Sinistro è pari a Euro 500,00 in caso di adesione al pacchetto Silver, Euro 600,00 in caso di adesione al pacchetto Gold, Euro 700,00 in caso di adesione al pacchetto Platinum. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso sinistro e n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura.

Diaria da Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo giornaliero, per ogni giorno di durata del Sinistro, è pari a Euro 80,00 in caso di adesione al pacchetto Silver, Euro 100,00 in caso di adesione al pacchetto Gold, Euro 120,00 in caso di adesione al pacchetto Platinum. Il numero massimo di pagamenti che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 45 indennizzi giornalieri per ciascuna annualità assicurativa.

Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo giornaliero, per ogni giorno di durata del Sinistro, è pari a Euro 40,00 in caso di adesione al pacchetto Silver, Euro 50,00 in caso di adesione al pacchetto Gold, Euro 60,00 in caso di adesione al pacchetto Platinum. Il numero massimo di pagamenti che la Società è obbligata ad effettuare è di n. 30 indennizzi giornalieri per ciascuna annualità assicurativa.

La Polizza Collettiva non prevede la possibilità dell'Assicurato di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio di predefinite opzioni contrattuali.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- alcoolismo, stato di 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.

Sono esclusi dalle coperture Invalità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale, Diaria da Ricovero Ospedaliero e Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero:

- 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).

Franchigia per la copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero: 3 giorni (Franchigia Relativa).



<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di Sinistro: In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Società. La denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione necessaria alla istruzione del Sinistro, dovrà essere inviata alla Società con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia - Casella Postale chiusa 90 Ufficio Postale di Mortara 27036 Mortara (PV) oppure tramite email all'indirizzo Admin.it@ca-caci.it</p> <p>Documentazione da presentare in caso di Sinistro:</p> <p><u>Invalidità Totale Permanente:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <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;- eventuale verbale di Pronto Soccorso. <p><u>Inabilità Temporanea Totale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 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). <p><u>Diarìa da Ricovero Ospedaliero:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- copia di un documento di identità dell'avente causa;- certificato medico di ricovero in ospedale;- copia della cartella clinica da cui risultino diagnosi e periodo di degenza <p><u>Diarìa da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- copia di un documento di identità dell'avente causa;- certificato medico di dimissioni ospedaliere;- copia della cartella clinica attestante la necessità ed il periodo di convalescenza successivo al Ricovero Ospedaliero (anche per la continuazione del sinistro) <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal Sinistro (art. 2952, secondo comma, c.c.).</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti:</p>	<p>La comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato di informazioni false, inesatte e reticenti sul rischio da assicurare può compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate con dolo o colpa grave, il contratto di assicurazione è annullabile e la Società può impugnare il contratto, comunicando all'Assicurato la propria volontà di procedere con l'impugnazione del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892 e 1894 c.c.).</p> <p>Se le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sono rilasciate senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dalle coperture assicurative mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze (artt. 1893 e 1894 c.c.). In tal caso la Società restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagata e non goduta calcolata alla data della dichiarazione di recesso fatta all'Assicurato.</p>
<p>Obblighi dell'impresa:</p>	<p>Liquidazione della prestazione: La Società provvederà ad effettuare il pagamento della prestazione assicurativa, se dovuta, entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta.</p>



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>L'aderente può recedere dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento a partire dal primo addebito del Premio. La comunicazione di revoca o recesso si intende fatta alla Società e al Contraente ove comunicata mediante invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite e-mail (indicando gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa) all'indirizzo: ICT Quality S.p.A. Casella Postale n. 79 25050 Rodengo Saiano (BS), caci.gestione@ictquality.com o telefonicamente tramite il numero dedicato 030.23.30.317 e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di revoca o recesso dal Contratto.</p> <p>L'Assicurato può revocare l'adesione alla Polizza Collettiva in qualsiasi momento tra la data in cui ha dato il proprio espresso consenso all'adesione, reso all'operatore telefonico, e la data di addebito della prima mensilità di Premio.</p> <p>Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di revoca o recesso se ha denunciato un Sinistro durante il periodo intercorrente tra la Data di Adesione e i 30 giorni successivi alla Data di Effetto delle coperture e il Sinistro è in corso di valutazione.</p>
Risoluzione	La Polizza Collettiva non prevede le possibilità di revocare la proposta né di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto al Cliente di Crédit Agricole Italia S.p.A., Lavoratore Autonomo, con età compresa tra 18-70 anni al momento dell'adesione alla polizza ed età alla scadenza non superiore a 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di emissione del contratto: non previsti.

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

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

AVVERTENZE

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

Condizioni di assicurazione

Polizza Collettiva n. N-2094-10-43-283-1 (CACI Non-Life dac) denominata “Protezione Reddito Assicurato Lavoratori Autonomi” stipulata tra CRÉDIT AGRICOLE ITALIA S.p.A. e CACI Non-Life dac – Rappresentanza Generale per l’Italia.

La presente polizza assicurativa è facoltativa.

(aggiornamento al 02/05/2023) Condizioni di assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo di lavoro “Contratti Semplici e Chiari”

(cod. 2023/01)

COME LEGGERE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

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

Protezione Reddito Assicurato Lavoratori Autonomi (di seguito anche "Polizza Convenzione") è una **POLIZZA FACOLTATIVA** che prevede le seguenti coperture:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** di grado pari o superiore al 60%;
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**
- **DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO**
- **DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO OSPEDALIERO**

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

Art. 1.1. COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

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

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 11;
2. il Sinistro non rientri nei casi di esclusione di cui all'art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.1.1. INDENNIZZO

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente viene prestata nel caso in cui l'Assicurato a causa di Infortunio o Malattia avvenuta 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 capitale pari ad Euro 20.000,00

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 20.000,00.

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

Art. 1.2. 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. 1.2.1., 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.

1.2.1. INDENNIZZO

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dai quali derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore al momento del Sinistro, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorso un **Periodo di Franchigia Assoluta di 60 giorni**, per ogni mese di durata del Sinistro, un Indennizzo pari a quanto indicato nel pacchetto scelto al momento dell'adesione:

PACCHETTO	INDENNIZZO	NUMERO MASSIMO DI INDENNIZZI
Silver	€ 500,00	12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa
Gold	€ 600,00	
Platinum	€ 700,00	

ATTENZIONE: l'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 700,00 in caso di adesione al pacchetto "Platinum".

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

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

La copertura Inabilità Temporanea Totale prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo mensile:** per ogni mese di durata del Sinistro, l'Indennizzo sarà pari a quello corrispondente al pacchetto scelto;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale per lo stesso Sinistro è di n.12 Indennizzi mensili;
- **massimale globale:** il numero massimo di pagamenti mensili che la Società effettua a titolo di Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale è di n. 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

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

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

Esempio:

L'Assicurato, che ha scelto il pacchetto "Silver", subisce un Infortunio che non gli permette di svolgere la sua Normale Attività Lavorativa per 6 mesi e denuncia il Sinistro alla Società, trasmettendo la documentazione completa.

Valutato il Sinistro e trascorsi **60 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (Periodo di Franchigia Assoluta)**, la Società eroga mensilmente l'Indennizzo pari ad Euro 500,00.

Per poter erogare gli Indennizzi successivi al quinto, è necessario che l'Assicurato dimostri alla Società il perdurare dello stato di Inabilità fornendo la relativa documentazione medica.

La Società per lo stesso evento erogherà fino ad un massimo di 12 Indennizzi.

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

La successiva prestazione assicurativa per Inabilità Temporanea Totale risulta dovuta?

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

ATTENZIONE: l'esempio ha mere finalità esplicative.

Art. 1.3. COPERTURA ASSICURATIVA DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO

Nel caso di Ricovero Ospedaliero, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo giornaliero (o Diaria), di cui all'art. 1.3.1 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

In caso di Ricovero Ospedaliero, a seguito di Infortunio o Malattia intervenuti durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, dal quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero **di almeno 3 giorni (Periodo di Franchigia Relativa)**, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) per ogni giorno di degenza, pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione:

PACCHETTO	INDENNIZZO
Silver	€ 80,00
Gold	€ 100,00
Platinum	€ 120,00

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

Pertanto, la data di attestazione del Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia, riportata nella relativa documentazione medica, deve essere successiva alle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza.

La copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo giornaliero (o Diaria):** l'Indennizzo sarà pari a quello corrispondente al pacchetto scelto;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per Sinistro, nel corso della medesima annualità assicurativa, è pari a 45;
- **massimale globale:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero di Sinistri occorsi durante la medesima annualità assicurativa, è pari a 45.

ATTENZIONE: Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa Diaria da Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 45 di Indennizzi giornalieri nel corso della medesima annualità assicurativa.

Esempio di prestazione per la copertura Diaria da Ricovero Ospedaliero:

N.1

Diaria da Ricovero Ospedaliero = € 100,00 al giorno (nel caso di adesione al pacchetto "Gold")

durata Ricovero Ospedaliero = 7 giorni

Franchigia Relativa = 3 giorni

prestazione assicurativa = € 100,00 x 7 = **€ 700,00**

N.2

Diaria da Ricovero Ospedaliero = € 100,00 al giorno (nel caso di adesione al pacchetto "Gold")

durata Ricovero Ospedaliero = 2 giorni

Franchigia Relativa = 3 giorni

prestazione assicurativa = **€ 0**

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

Art. 1.4. COPERTURA ASSICURATIVA DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di Convalescenza dell'Assicurato successivo ad un Ricovero Ospedaliero da Infortunio o da Malattia, la Società corrisponderà al Beneficiario l'Indennizzo giornaliero (o Diaria) di cui all' art. 1.4.1, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

1. il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura assicurativa è efficace, ai sensi dell'art. 11, e sia conseguente al riconoscimento di un indennizzo Diaria da Ricovero Ospedaliero;
2. il Sinistro **non** rientri nei casi di esclusione di cui all' art. 3;
3. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui agli art. 5 e 6.

Art. 1.4.1. INDENNIZZO

In caso di Convalescenza dell'Assicurato successivo ad un Ricovero Ospedaliero, a seguito di Infortunio o Malattia intervenuti durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo giornaliero (o Diaria) per ogni giorno di Convalescenza prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di Cura, pari a quanto indicato nel pacchetto scelto in sede di adesione:

PACCHETTO	INDENNIZZO GIORNALIERO
Silver	€ 40,00
Gold	€ 50,00
Platinum	€ 60,00

La copertura Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero prevede i seguenti massimali:

- **Indennizzo giornaliero (o Diaria):** l'Indennizzo sarà pari a quello corrispondente al pacchetto scelto;
- **massimale per Sinistro:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per Sinistro, nel corso della medesima annualità assicurativa, è pari a 30;
- **massimale globale:** il numero massimo di Indennizzi giornalieri per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero di Sinistri occorsi durante la medesima annualità assicurativa, è pari a 30.

ATTENZIONE: Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla copertura assicurativa Diaria da Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di n. 30 di Indennizzi giornalieri nel corso della medesima annualità assicurativa.

ATTENZIONE: nessun indennizzo per il caso Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero risulterà dovuto al Beneficiario qualora la Società non abbia corrisposto all'Assicurato importi a titolo di Diaria da Ricovero Ospedaliero.

Esempio di prestazione per la copertura Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero:

Diaria da Convalescenza post Ricovero Ospedaliero = € 50,00 al giorno (nel caso di adesione al pacchetto "Gold")
durata Convalescenza post Ricovero Ospedaliero = 40 giorni
massimale globale = 30 giorni per annualità assicurativa
prestazione assicurativa = € 50,00 x 30 = € **1.500,00**

ATTENZIONE: il conteggio effettuato ha mere finalità esemplificative.

Cosa si intende per Periodo di Riqualificazione?	Per la copertura Inabilità Temporanea Totale, il Periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
Cosa si intende per Periodo di Carenza?	Il Periodo di Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione durante il quale la prestazione per Inabilità Temporanea Totale da Malattia e per il caso Diaria da Ricovero Ospedaliero da Malattia non opera.
Cosa si intende per Periodo di Franchigia Assoluta?	Il Periodo di Franchigia Assoluta è il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
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 da Infortunio o Malattia indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo giornaliero (o Diaria).

ART. 2 – MODALITÀ E CONDIZIONI DI ADESIONE

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

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

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

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

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

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

L'adesione del cliente al contratto può essere stata raccolta per il tramite di operatori telefonici, i quali agiscono comunque sotto il pieno controllo e la responsabilità dell'Intermediario abilitato. Resta inteso che il cliente ha il diritto di essere messo in contatto con un responsabile del coordinamento e del controllo delle attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza, direttamente o indirettamente incaricato dalla Società, al seguente numero telefonico: 030.23.30.317.

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

ART. 3 – ESCLUSIONI

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

ESCLUSIONI GENERICHE VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

1. dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato avvenuti 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
6. 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);
7. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
8. 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;
9. conseguenze di Infortuni verificatisi e già diagnosticati all'Assicurato prima della Data di Adesione alla Polizza Convenzione e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
10. 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);
11. Infortuni causati da:
 - ✓ Pratica dei seguenti sport:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - partecipazione a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore.
 - ✓ Pratica dei seguenti sport in competizione:

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

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

COLPA GRAVE, TUMULTI, ATTI TERRORISTICI E TERREMOTO

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

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

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

ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI

Tutte le coperture assicurative previste dalla Polizza Convenzione valgono per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

ART. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha l'obbligo di:

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

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

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

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



CACI Non-Life dac
Rappresentanza Generale per l'Italia
 Casella Postale chiusa 90
 Ufficio postale di Mortara
 27036 Mortara (PV)
 Tel: 02.36.61.72.00

oppure

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

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

6.5.1. INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

- 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.

6.5.2. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- 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).

6.5.3. DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO

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

6.5.4. DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO OSPEDALIERO

- copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato medico di dimissioni ospedaliere;
- copia della cartella clinica attestante la necessità ed il periodo di convalescenza successivo al Ricovero Ospedaliero (anche per la continuazione 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 ad autorizzare i medici curanti dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assicurative previste dalla Polizza Convenzione. Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART. 7 – PRESCRIZIONE

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

In applicazione della suddetta norma di legge, i Sinistri che non siano denunciati entro due anni dall'accadimento non potranno essere reclamati dall'Assicurato o dai suoi Beneficiari.

ART. 8 – PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

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

ART. 9 – DICHIARAZIONI FALSE, INESATTE O RETICENTI

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

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

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

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

Cosa si intende per informazioni false, inesatte e reticenti?

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

ART. 10 – PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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

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

PACCHETTO	PREMIO MENSILE
Silver	€ 16,00
Gold	€ 19,00
Platinum	€ 25,00

Tale Premio resterà invariato ad ogni ricorrenza mensile. È comunque fatta salva la facoltà della Società di variare il Premio.

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

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

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

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

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

ART. 11 – DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

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

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

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata indeterminata e cessano comunque di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) al pagamento dell'Indennizzo Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia; (ii) alla ricorrenza mensile immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato; (iii) in caso di richiesta di cessazione della presente Polizza Convenzione esercitata nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iv) trascorsi sei mesi dalla scadenza del termine per il pagamento del Premio mensile senza che lo stesso sia stato versato.

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

ART. 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 E REVOCA

16.1. L'Assicurato può **RECEDERE** dalla Polizza Convenzione in qualsiasi momento. L'Assicurato può **REVOCARE** l'adesione alla presente Polizza Convenzione in qualsiasi momento tra la Data di Adesione alla Polizza Convenzione e la Data di Effetto delle coperture.

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

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

ICT Quality S.p.A.

Casella Postale n. 79

25050 Rodengo Saiano (BS)

caci.gestione@ictquality.com

oppure telefonicamente tramite il numero dedicato **030.23.30.317**, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di recesso dal contratto.

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

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

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

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

ART. 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 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

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

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

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



CACI Non-Life dac

Ufficio Reclami
Beaux Lane House
Mercer Street Lower
Dublino 2 (Irlanda)
E-mail: complaints@ca-caci.ie



Oppure

CACI Non-Life dac

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

18.2. Eventuali reclami relativi al comportamento del 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

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

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

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

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

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

18.4. 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. 19 – 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. 20 – 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. 21 – SANZIONI INTERNAZIONALI

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

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

GLOSSARIO

- **Assicurato (o aderente):** indica la persona fisica, cliente di Crédit Agricole Italia S.p.A., che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa mediante espresso consenso reso telefonicamente.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato.
- **Call Center:** indica la società di cui si avvale il Contraente per la promozione e il collocamento delle coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza.
- **Certificato Personale di Assicurazione:** indica il modulo inviato all'Assicurato insieme al DIP Danni, al DIP aggiuntivo Danni, al glossario e alle condizioni di assicurazione, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.
- **Contraente:** indica Crédit Agricole Italia S.p.A., che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati,
- **Convalescenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, a seguito di Ricovero Ospedaliero, necessario per riabilitazione e cure dell'Assicurato
- **Data di Adesione alla Polizza Convenzione:** indica la data in cui l'adesione alla Polizza Convenzione da parte del cliente è perfezionata mediante consenso espresso telefonicamente.
- **Data di Effetto delle coperture:** indica la data a partire dalla quale iniziano a decorrere le coperture assicurative.
- **Diaria:** indica l'Indennizzo giornaliero nei casi di Ricovero Ospedaliero e Convalescenza post Ricovero Ospedaliero..
- **DIP Danni:** indica l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- **DIP aggiuntivo Danni:** indica il documento integrativo del DIP Danni che fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto alle informazioni contenute nel DIP Danni come disciplinato dall'art. 29 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018.
- **ICT Quality S.p.A:** indica la società di cui si avvalgono le Parti per la gestione delle pratiche amministrative relative ai servizi di incasso del Premio.
- **Inabilità Temporanea Totale:** indica la perdita totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore al momento del sinistro, 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 un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
 2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 3. l'assideramento o il congelamento;
 4. i colpi di sole o di calore;
 5. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
 7. l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 8. l'annegamento.
- **Invalidità Totale Permanente:** indica il caso in cui l'Assicurato, a causa di Infortunio o di una Malattia, perda in modo totale, definitivo e 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 30/06/1965, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene tassativamente esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM – Ministero della Sanità 5/02/1992 (tabelle INPS).
 - **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

- **Lavoratore Autonomo:** indica la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente alla data di sottoscrizione della presente Polizza Convenzione nella quale:
 - l'ammontare dei redditi da lavoro autonomo risulti preponderante rispetto ai redditi da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata);
 - sia denunciato almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, redditi derivanti dall'utilizzazione economica di opere d'ingegno o brevetti, redditi derivanti da attività commerciali non esercitate abitualmente, redditi derivanti da attività di lavoro autonomo anche non esercitate abitualmente;
 e a condizione che la persona fisica continui a svolgere al momento della sottoscrizione e durante la vigenza della presente Polizza Convenzione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono comunque considerati solo ai fini della presente Polizza Convenzione Lavoratori Autonomi le seguenti figure previste dai contratti di lavoro: i "collaboratori coordinati continuativi" occasionali e non occasionali, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di "Staff Leasing", gli amministratori, i sindaci e i revisori di società di capitali, gli associati in partecipazione, i lavoratori autonomi occasionali e gli agenti e/o rappresentanti. Saranno equiparati ai Lavoratori Autonomi anche i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare la capacità di reddito dell'Assicurato.
- **Parti:** indica congiuntamente il Contraente e la Società.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Adesione alla Polizza Convenzione durante il quale le prestazioni per Inabilità Temporanea Totale da Malattia non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per ed Inabilità Temporanea Totale, 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 indennizzabile ai termini della Polizza Convenzione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo giornaliero (o Diaria).
- **Periodo di Riqualificazione:** per la copertura Inabilità Temporanea Totale, indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, indennizzato nei termini della Polizza Convenzione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana prima che possa presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizza Convenzione:** indica la polizza collettiva sottoscritta tra la Società e il Contraente.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, comunicata telefonicamente al cliente, riportata nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuta alla Società a fronte della copertura assicurativa prevista dalla Polizza Convenzione.
- **Ricovero Ospedaliero:** indica la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.
- **Set Informativo:** indica l'insieme di documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'aderente prima della sottoscrizione del contratto. Il Set Informativo è costituito da: DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni, condizioni di assicurazione comprensive del glossario e del Certificato Personale di Assicurazione.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società (Compagnia o Impresa):** indica l'assicuratore CACI Non-Life dac.
- **Tecniche di Comunicazione a Distanza:** indica qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Società, del Contraente e del cliente, possa impiegarsi per il perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione da parte del cliente.

“TUTELA PRIVACY” INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Compagnia CACI Non-Life dac è titolare del trattamento dei Suoi dati personali, raccolti in sede di adesione al contratto di assicurazione dall'intermediario assicurativo Crédit Agricole Italia S.p.A. - e dal medesimo trattati in qualità di Responsabile del Trattamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

I dati relativi al Suo stato di salute sono trattati per tutta la durata del contratto e conservati per lo stesso periodo richiesto per la conclusione del contratto nonché in conformità con le norme di riservatezza specificatamente previste per tali dati.

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

I destinatari dei dati sono: il Contraente, gli intermediari assicurativi con i quali il Certificato Personale di Assicurazione è stato sottoscritto e, ove previsto, le compagnie di co-assicurazione, di riassicurazione, nonché le amministrazioni e le autorità giudiziarie preposte alla vigilanza delle prescrizioni normative e regolamentari rilevanti in materia (a titolo esemplificativo IVASS, COVIP, CONSAP e le motorizzazioni). Possono essere destinatari dei Suoi dati medici, consulenti

tecnici di parte e legali. Sono inoltre destinatarie dei dati le Compagnie e le società del Gruppo Crédit Agricole, che siano responsabili della gestione e la prevenzione dei rischi connessi alle operazioni (antiriciclaggio, valutazione del rischio) a beneficio di tutte le entità del gruppo nonché i subfornitori, i cui nominativi potranno essere conosciuti dall'Interessato tramite specifica richiesta, da effettuarsi con le modalità di seguito indicate.

I dati saranno trattati nel territorio dell'Unione europea.

Il trattamento può avvenire in forma manuale o automatizzata.

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

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

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

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

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