

Contratto di Credit Protection a Premio Unico

Polizza

COPERTO BASIC

**Per lavoratori dipendenti
di ente privato**

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Facsimile Dichiarazione di Adesione deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

 **CRÉDIT AGRICOLE
ASSURANCES**

CREDITOR INSURANCE

Contratto di assicurazione Credit Protection a Premio Unico AGOS DUCATO – COPERTO BASIC PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa

Il Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione e Informativa sulla Privacy;
- Glossario;
- Facsimile della Dichiarazione di Adesione.

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(aggiornamento al 5 giugno 2017)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive n. “L-2043-10-06-233-1”(CACI Life dac) e n. “N-2043-10-06-233-1”(CACI Non-Life dac) denominate “COPERTO BASIC PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO” stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A e CACI (di seguito, ciascuna, la “Polizza Convenzione”).

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che dal 1° gennaio 2013 è succeduto a ISVAP in tutti i poteri, funzioni e competenze) con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita ed integrata in base a quanto previsto dagli schemi predisposti dall’IVASS per i contratti di assicurazione dei rami danni, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell’IVASS.

Si precisa che ai fini di un’adeguata rappresentazione delle caratteristiche della Polizza Convenzione, la presente Nota Informativa è stata integrata per tener conto delle caratteristiche delle singole coperture ivi previste. In particolare, si precisa che: (i) la presente Nota informativa contiene informazioni in merito alle ulteriori coperture assicurative diverse da quelle sulla vita che vengono fornite in base alla convenzione di assicurazione stipulata tra le società assicurative di seguito indicate e Agos Ducato S.p.A e (ii) la copertura assicurativa relativa al caso morte è prestata unicamente dalla Società CACI Life dac, mentre le altre coperture assicurative indicate nella presente Nota informativa sono prestate unicamente dalla Società CACI Non-Life dac.

L’Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza. L’adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

La certificazione della firma digitale viene effettuata da Infocert, società di cui si avvale Agos Ducato S.p.A. per la somministrazione di tale servizio ed in possesso dei requisiti tecnici di cui all’art. 13 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22.2.2013.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE
- A. **INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

1. Informazioni generali

CACI Life dac e **CACI Non-Life dac** sono entrambe società di capitali costituite ai sensi del diritto irlandese facenti parte del Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. La società capogruppo è Crédit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: +39 02 00638112
- Indirizzo e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie
- Fax: 0035 31 603 96 49

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “Società”) sono regolarmente autorizzate all’esercizio dell’attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita e nel ramo danni e sono soggette al controllo della Central Bank of Ireland PO Box no. 559, Dublino 1, Irlanda. Le Imprese operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell’Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

CACI Life non investe il premio in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di Assicurazioni sulla Vita.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Al 31 Dicembre 2016 il patrimonio netto di CACI Life era pari a € 219.441.773 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 79.303.533 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

Il patrimonio netto di CACI Non-Life era pari a € 145.889.275 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 72.698.235 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

L’indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 193% per la parte vita e 134% per la parte danni.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

3.1. Durata delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iv) al

raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 69esimo anno di età o il diverso limite di età richiesto ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente, oppure alla data dell'eventuale conseguimento, da parte dell'Assicurato, della pensione anticipata); (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Il contratto di assicurazione può essere concluso con Firma Digitale se nell'ambito del contratto di finanziamento si sia optato per tale modalità oppure firmando di proprio pugno e rilasciando ad Agos Ducato S.p.A. la Dichiarazione di Adesione.

Si rinvia all'art. 3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3.2 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative:

- **Copertura assicurativa per il caso Morte** (*operante per tutti gli Assicurati*);
- **Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio** (*operante per tutti gli Assicurati*);
- **Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego** (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana*).

Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nell'art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) delle Condizioni di Assicurazione e in tutti i casi in cui la Copertura assicurativa per Perdita di Impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione, troveranno applicazione le seguenti coperture (a condizione che sussistano i presupposti previsti da tali garanzie):

- **Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave;**
- **Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale;**
- **Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero.**

Operatività delle coperture assicurative

La Copertura assicurativa per il caso Morte è prestata da CACI Life e le Coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono prestate da Caci Non-Life. Le coperture assicurative per il caso Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono operanti in alternativa alla Perdita di Impiego per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana e in tutti i casi in cui la Copertura assicurativa per Perdita di impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione.

Descrizione delle prestazioni assicurative per ciascuna copertura

Di seguito sono descritte le prestazioni assicurative relative a ciascuna copertura.

Copertura assicurativa per il caso Morte (*operante per tutti gli Assicurati*)

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 21 (Copertura assicurativa per il caso Morte) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio (*operante per tutti gli Assicurati*)

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato di grado non inferiore al 60% derivante da Infortunio, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che l'Assicurato deve ancora corrispondere alla Contraente ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere

con il Contraente. Si rinvia all'art. 22 (Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego (*operante per coloro che al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana*)

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale derivi la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, **trascorsi 90 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La presente copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, la presente copertura assicurativa è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. E' altresì previsto un periodo di Franchigia Assoluta di 90 giorni. L'Indennizzo non potrà eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 23 (Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*)

In caso di Malattia Grave, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che, l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 24 (Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*)

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, **trascorsi 30 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Assoluta di 30 giorni. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 25 (Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*)

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dalla quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, **trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 2.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all' art. 26 (Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero) e all' art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

4.Premi

Le coperture assicurative offerte dalla presente Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Perdita di impiego, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Premio totale
0-84 mesi	1,25%	3,85%	5,10%
85 - 120 mesi	2,98%	3,02%	6,00%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	17,45%
13-24	55,39%
25-36	45,53%
37-48	43,61%
49-60	40,70%
61-72	38,42%
73-84	35,91%
85-120	54,02%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nella percentuale di Premio totale sopra indicata sono pari al 50,00%.

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

A titolo esemplificativo, nella seguente tabella si riporta la quota parte del Premio al netto delle imposte percepita in media dal Contraente in valore assoluto a titolo di commissioni di intermediazione:

Durata	Importo	Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte del Premio totale, al netto di imposte, percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Capitale finanziato (*)
84 mesi	€ 10.000	€ 510,00	€ 501,00	€ 250,50	€ 10.510

(*) Importo risultante dai dati finanziari del Contratto di Finanziamento, comprensivo delle eventuali commissioni di istruttoria previste o di altri servizi aggiuntivi annoverati nel Contratto di Finanziamento.

I costi sopra indicati sono inclusi nel Premio corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento. Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società.

Avvertenza:

in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria delle coperture assicurative e le coperture assicurative verranno estinte. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, la Società fornisce le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale a favore dell'Assicurato quale Beneficiario. Nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che hanno dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

Nei casi di estinzione parziale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato e ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione parziale anticipata, la Società non ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative a favore dell'Assicurato quale Beneficiario, che pertanto rimarranno invariate rispetto al periodo antecedente l'estinzione anticipata.

Si rinvia all'art. 4 (Estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento) e all'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5.Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non sono previsti a beneficio dell'Assicurato meccanismi di partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

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 di cui al precedente art.4 sono pari al 50,00%.

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

7. Sconti

Non sono previsti sconti di Premio. Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale come specificato nell'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione. La nota informativa e le condizioni contrattuali dell'assicurazione a premio annuale che offre garanzie analoghe a quelle previste dal presente contratto, possono essere richieste al Contraente, al quale il Cliente potrà rivolgersi per ogni specifica informazione e per l'assistenza nella sottoscrizione della polizza.

8. Regime fiscale applicabile

E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicabile alla Polizza Convenzione. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza Convenzione.

8.1 Imposta sui Premi

I Premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, in linea di principio, i Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%. Eventuali modifiche della normativa fiscale applicabile alla Polizza Convenzione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

8.2 Tassazione delle somme assicurate

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 6 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e 34 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 601, le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente sono esenti dall'IRPEF. Le somme conseguite in sostituzione di redditi e le indennità conseguite, anche in forma assicurativa, a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi (esclusi quelli dipendenti da Invalidità Permanente o da Morte) costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti.

8.3 Detrazione fiscale dei Premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del Premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

9 Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione

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

1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
3. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato.

Si rinvia all'art.2 (Requisiti di assicurabilità) e art.3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

10. Risoluzione della Polizza Convenzione per sospensione del pagamento dei Premi

Poiché la Polizza Convenzione prevede il pagamento da parte dell'Assicurato di un Premio unico anticipato, non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza Convenzione sospendendo il pagamento dei Premi.

11. Riscatto e Riduzione

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

12. Revoca della Proposta

La Polizza Convenzione non prevede una proposta da parte dell'Assicurato. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è sufficiente la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Diritto di Recesso dell'Assicurato

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

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

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

via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Agos Ducato S.p.A

via Bernina,7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata nell'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

Si ricorda che 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 si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulla circostanza che, qualora trovi applicazione quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, anche alla luce di quanto previsto dal D.P.R. 116/2007, gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Convenzione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto potrebbero essere devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

17. Reclami e Mediazione

- 17.1. 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
- 17.2. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it
- 17.3. 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.

17.4. **Sistemi alternativi di risoluzione delle Controversie:**

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 secondo le modalità descritte all'art. 20 - Controversie delle Condizioni di Assicurazione.

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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/>

18. Informativa in corso di contratto

18.1 Informazioni riguardanti la Società

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

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.

19. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

L'Assicurato qualora nel corso della durata contrattuale dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nell'art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) delle Condizioni di Assicurazione, è tenuto ad informare la Società.

20. Conflitto di Interessi

La Società e il Contraente appartengono allo stesso gruppo facente capo alla società francese Crédit Agricole S.A.. In ogni caso la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto di interessi, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente o degli Assicurati.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale



Olivier Melennec

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive n. "L-2043-10-06-233-1"(CACI Life dac) e n. "N-2043-10-06-233-1"(CACI Non-Life dac) denominate "**COPERTO BASIC PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO**" stipulate tra **AGOS DUCATO S.p.A** e **CACI** sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 1.1. La Società si impegna, nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario la prestazione che:
- per il caso Morte, è determinata ai sensi dell'art. 21 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, è determinata ai sensi dell'art. 22 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso Perdita di Impiego, è determinata ai sensi dell'art. 23 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- Qualora, nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nell'art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) delle Condizioni di Assicurazione e in tutti i casi in cui la copertura assicurativa per Perdita di Impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione, troveranno applicazione le seguenti coperture (a condizione che sussistano i presupposti previsti da tali garanzie):**
- per il caso di Malattia Grave, è determinata ai sensi dell'art. 24 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Inabilità Temporanea Totale, è determinata ai sensi dell'art. 25 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Ricovero Ospedaliero, è determinata ai sensi dell'art. 26 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- 1.2. Le coperture assicurative sopra elencate sono offerte congiuntamente dalla Società e costituiscono un unico pacchetto assicurativo. I Clienti del Contraente potranno aderirvi mediante un unico atto di adesione.

ART. 2 – REQUISITI DI ASSICURABILITA' E MODALITA' DI ADESIONE

- 2.1. Prima di essere vincolato dall'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnato il presente Fascicolo Informativo unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.
- 2.2. L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.
- 2.3. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:
1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
 2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
 3. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato.
- Si specifica che, nel caso in cui il Cliente non presenti i requisiti richiesti di cui al presente art.2, tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.
- Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un'apposita visita medica.
- 2.4. Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al precedente paragrafo. 2.3.
- 2.5. Resta inteso che in caso di adesione avvenuta tramite Firma Digitale, i dati in forma elettronica, conservati dalla Società potranno essere opponibili all'Assicurato e potranno essere ammessi come prova della sua identità e del suo consenso all'adesione alle coperture assicurative.

ART. 3 – DECORRENZA E CESSAZIONE DELLE GARANZIE

- 3.1. Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi (la "Data di Decorrenza"):
1. la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
 2. l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art. 5.
- 3.2. Le coperture assicurative hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
 - (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
 - (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
 - (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 69esimo anno di età o il diverso limite di

età richiesto ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente, oppure alla data dell'eventuale conseguimento, da parte dell'Assicurato, della pensione anticipata);

- (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione anticipata, la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Beneficiario secondo il piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

ART. 4 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

La Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, l'importo $(R1 + R2 - X)$ a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

Il calcolo dell'importo $(R1 + R2 - X)$ che verrà restituito all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto avverrà applicando le seguenti formule:

- $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$

- $R2 = P3 \times (N-K)/N$

dove:

N= Durata complessiva della copertura (espressa in mesi interi)

K= Mese in corso (numero di mesi scaduti)

N-K= Durata residua

Tali durate sono da riferirsi al piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale

- X= € 25,00 che la Società tratterrà dall'importo dovuto $(R1 + R2)$ a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio; qualora l'importo dovuto $(R1 + R2)$ risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Il Premio originariamente corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento si compone di

Premio totale = $P1 + P2 + P3 +$ imposte

dove:

P1= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di rata

P2= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di capitale

P3= quota parte di Premio (al netto imposte) percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione

Per premio puro si intende la parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione.

Di seguito sono riportate le percentuali da applicare al Premio al netto delle imposte ai fini del calcolo dell'importo da restituire all'Assicurato e corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto.

Durata del Finanziamento	Premio puro (P1+P2): quota parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Quota parte di Premio al netto di imposte in percentuale percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di rata: Perdita di impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero (P1)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di capitale: Morte, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave (P2)
0-84 mesi	50%	50%	68,06%	31,94%
85-120 mesi	50%	50%	35,86%	64,14%

Di seguito si riporta un esempio calcolato su una durata complessiva del Contratto di Finanziamento pari a 48 mesi, importo: €10.000,00, estinzione anticipata integrale avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione:

Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte di Premio al netto di imposte in valore assoluto percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Premio puro (P1+P2)*	P1	P2
€ 510,00	€ 501,00	€ 250,50	€ 250,50	€ 170,50	€ 80,00

- $R1 = \frac{€(250,50 \times 68,06\%) \times (48-24)}{48} + \frac{€(250,50 \times 31,94\%) \times ((48-24) \times (48-24+1))}{(48 \times (48+1))} = € 105,25$
- $R2 = € 250,50 \times \frac{(48-24)}{48} = € 125,25$
- $R1+R2 = € 230,50$
- $X = € 25$
- Importo corrisposto all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto $(R1+R2 - X) = € 205,50$

In alternativa al rimborso del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale del Contratto di Finanziamento, fornirà le coperture assicurative in favore del Beneficiario fino alla scadenza contrattuale prevista precedentemente all'estinzione anticipata integrale. Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e della rata mensile saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento avvenuta nei primi 60 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, il Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto sarà equiparato a quello conseguente all'esercizio del diritto di recesso secondo quanto previsto nell'art. 14 (Diritto di Recesso).

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = \text{Rimborso Premio Totale} * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

Dove:

Capitale Rimborsato: quota parte del capitale finanziato rimborsato dall'Assicurato

Debito Residuo: debito residuo dell'Assicurato al momento dell'estinzione anticipata parziale del finanziamento.

Rimborso Premio Totale = rimborso dovuto all'Assicurato in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento (R1 + R2). Tale importo viene poi moltiplicato per il coefficiente di riproporzionamento del debito residuo

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = (P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1)) + P3 \times (N-K)/N) * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

La Società tratterà dall'importo dovuto (Rimborso Premio Parziale) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Riprendendo l'esempio precedente, in caso di estinzione parziale pari a € 2.000 dopo 24 mesi dall'adesione, l'importo del rimborso parziale sarà così calcolato:

Capitale finanziato	Rimborso premio totale (R1+R2)	Capitale rimborsato	Debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione *
€ 10.510	€ 230,50	€ 2.000,00	€ 5.811,52

(*) calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%

Calcolo premio parziale non goduto = € 297,63 * (2 000/5.811,52) = € 102,41

Importo corrisposto all'assicurato: € 102,41 - €25 = €77,41

A seguito di estinzione anticipata parziale, in alternativa al rimborso parziale del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, corrisponderà al Beneficiario, in caso di Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare del debito residuo o delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento in essere prima dell'estinzione anticipata parziale, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà calcolato in base al piano di ammortamento in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali.

In caso di estinzioni anticipate parziali successive alla prima o di estinzione totale che segue precedenti estinzioni parziali, il debito residuo risultante dal piano di ammortamento in essere a tale data verrà conseguentemente riproporzionato in ragione delle riduzioni che lo stesso ha registrato per effetto delle precedenti estinzioni anticipate parziali intervenute e lo stesso avviene per le diverse componenti del premio, come segue:

P1 riproporzionato = P1 * (1-Capitale Rimborsato/Debito residuo)

P2 riproporzionato = P2 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

P3 riproporzionato = P3 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

5.1 Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

5.2 La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Perdita di impiego, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Premio totale
0-84 mesi	1,25%	3,85%	5,10%
85 - 120 mesi	2,98%	3,02%	6,00%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	17,45%
13-24	55,39%
25-36	45,53%
37-48	43,61%
49-60	40,70%
61-72	38,42%
73-84	35,91%
85-120	54,02%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili.

ART. 6 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato modifichi la propria posizione lavorativa e non risulti più essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato, il diritto alla copertura Perdita di Impiego viene meno; l'Assicurato si impegna a comunicare alla Società la modifica della suddetta posizione lavorativa e la Società, preso atto di tale comunicazione, si impegna ad attivare le coperture per il caso Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, **previa comunicazione dell'Assicurato**.

Resta tuttavia inteso che la mancata comunicazione da parte dell'Assicurato della modifica della posizione lavorativa non comprometterà il diritto alla prestazione dovuta ai sensi della presente Polizza Convenzione.

ART. 7 – DENUNCIA DEI SINISTRI

7.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto al Contraente e potranno richiedere informazioni al seguente numero:

02/6994.3001

7.2. La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento mediante trasmissione a:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7
20158 Milano

7.3. Unitamente alla denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione:

Per la copertura assicurativa per il caso Morte:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4);

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

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

Per la copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale e Permanente da Infortunio:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario 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.

Per la copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- copia del libretto di lavoro o scheda professionale, copia del contratto di lavoro o della lettera di assunzione riportante il monte ore lavorate;
- copia della lettera di licenziamento o documento equipollente;
- eventuale attestazione del ricevimento della Naspi (Nuova assicurazione sociale per l'impiego);
- copia di un documento comprovante l'iscrizione nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- i successivi documenti comprovanti la continuazione del Sinistro (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Disoccupazione).

Per la copertura assicurativa per il caso Malattia Grave:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico che attesti la diagnosi di Malattia Grave ed eventuale documentazione medica necessaria;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.

Per la copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale:

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

Per la copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- eventuale copia completa della cartella clinica relativa al ricovero, oppure,

- se l'Assicurato è ancora ricoverato, copia del certificato di ricovero;
- questionario medico sulle cause del ricovero;
- i successivi certificati di ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.

Eventuali documenti aggiuntivi

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

- 7.4. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, 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 sono tenuti, in aggiunta all'invio al Contraente dell'avviso scritto di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 7.1 e 7.2, ad inviare al Contraente la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 7.2, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurare del diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.
- 7.5. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.**
- 7.6. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, **nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni consecutivi durante il quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato.**

ART. 8 – 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 e cura e responsabilità della Società.

ART. 9 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

Le eventuali modifiche alla presente Polizza Convenzione o a ciascuna delle coperture assicurative ivi previste devono essere provate per iscritto.

ART. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11 – LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod.civ..

ART. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che la copertura assicurativa può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 14 – DIRITTO DI RECESSO

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

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life dac e CACI Non-Life dac** (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

ART. 15 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 16 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 16.1. 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.
- 16.2. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:
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
- 16.3. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it
- 16.4. 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.

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

17.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

17.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ., la copertura assicurativa per il rischio Inabilità Temporanea Totale si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – 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 presente Polizza Convenzione.

ART. 19– 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.

ART. 20 – CONTROVERSIE

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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 21 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE *(operante per tutti gli Assicurati):*

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 30.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 30.000,00. La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

ART. 22 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO *(operante per tutti gli Assicurati):*

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da Infortunio, di grado non inferiore al 60% intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 30.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 30.000,00.

ART. 23 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO *(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana):*

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale derivi la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 90 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità con attestazione del ricevimento della Naspl (Nuova assicurazione sociale per l'impiego) ovvero di una comunicazione equivalente, deve essere successiva alle ore 24 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 90 giorni. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.000,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 indennizzi per lo stesso sinistro e 36 nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nel precedente art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) e in tutti i casi in cui la Copertura assicurativa per Perdita di Impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione, troveranno applicazione le seguenti coperture (a condizione che sussistano i presupposti previsti da tali garanzie):

ART. 24 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE *(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana):*

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del Sinistro. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di un parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 30.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 30.000,00. Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti Malattie Gravi: **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla copertura vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). **Chirurgia cardiovascolare** - Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico. **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci. **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza. **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica. **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 25 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITA' TEMPORANEA TOTALE *(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana):*

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 Totale Temporanea medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 30 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.000,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 26 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO *(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana):*

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 Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.000,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 27 – MASSIMALI

- 27.1. L'indennizzo non potrà superare il massimale di:
 - € 30.000,00 in caso di Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia Grave;
 - € 2.000,00 mensili in caso di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.
- 27.2. I massimali sopra descritti sono da intendersi per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente.
- 27.3. Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o per Malattia Grave.
- 27.4. Nessun Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio sarà corrisposto all'Assicurato qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Malattia Grave o viceversa.
- 27.5. Nessun Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto se l'Assicurato abbia già ottenuto n. 36 indennizzi mensili per il caso Perdita di Impiego o viceversa.
- 27.6. Nessun Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale sarà corrisposto se l'Assicurato abbia già ottenuto n. 36 Indennizzi mensili per il caso Ricovero Ospedaliero o viceversa.

In nessun caso la Società sarà tenuta a corrispondere per i casi di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero più di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 28 – ESCLUSIONI

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
4. 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 e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
5. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
6. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
7. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
8. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
9. alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
10. pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO:

1. Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Infortuni causati all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;

3. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. 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 dell'Assicurazione;
8. conseguenze di Infortuni avvenuti antecedentemente alla Data di Decorrenza della copertura e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
10. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionale salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - partecipazioni a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - 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;
 - 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, sport aerei in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO MALATTIA GRAVE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA E RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA:

1. Malattie causate da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Malattie causate all'Assicurato da alcolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
4. Malattie causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
5. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
6. 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 dell'Assicurazione;
7. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA DI IMPIEGO I CASI IN CUI:

1. l'Assicurato, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 15 giorni consecutivi non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro. In tal caso, non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di impiego, ma le coperture assicurative per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave;
2. alla Data di Decorrenza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo (incluso il mancato superamento del periodo di prova), o di licenziamento disciplinare, o sia conseguenza di

- risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
4. l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà fatta eccezione per il caso di dimissioni per giusta causa;
 5. l'Assicurato svolge la propria attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
 6. la Perdita di Impiego è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o, comunque, è la conseguenza della scadenza di un termine contrattuale;
 7. l'Assicurato non è iscritto nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o risulta iscritto nel suddetto elenco come precario, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
 8. la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero;
 9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, Cassa Integrazione Guadagni in Deroga o qualsivoglia forma di cassa integrazione ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente;
 10. l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
 11. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
 12. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento tra congiunti (parenti entro il III grado e affini entro il II, come definiti dal Codice Civile), anche discendenti e ascendenti;
 13. il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana; in tal caso non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di Impiego, ma le coperture Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave;
 14. l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.
- Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal precedente art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Valutazione di adeguatezza

Nel rispetto della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa (Regolamento IVASS n.5/2006 e sue successive modifiche ed integrazioni) il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare l'adeguatezza del prodotto proposto al Cliente tramite compilazione dell'apposito questionario.

“ Tutela Privacy ”
Informativa ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

Finalità del trattamento dei dati

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “**Società**”), al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi e, in particolare, al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, deve disporre dei Suoi dati personali – compresi eventualmente anche quelli sensibili – e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati

Ciascuna Società, senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati da parte di ciascuna Società consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento dei dati, ciascuna Società esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al terzo capoverso del presente paragrafo.

I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di ciascuna Società e dalle società del gruppo Crédit Agricole che svolgono compiti di natura tecnico-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo “ Finalità del trattamento dei dati”.

I dati trattati da ciascuna Società, potranno essere comunicati ad altri soggetti e da questi trattati esclusivamente:

- a. per le finalità di cui al paragrafo “Finalità del trattamento dei dati” (a mero titolo esemplificativo a: società del gruppo Crédit Agricole, intermediari assicurativi e loro collaboratori, coassicuratori, riassicuratori, avvocati, medici, periti, organismi associativi di settore e soggetti coinvolti nel processo di valutazione del rischio etc.);
- b. per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA etc.).

Diritti dell'interessato

L'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti) del Decreto Legislativo 196/03 (il “**Codice Privacy**”) Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali, anche se non ancora registrati, l'indicazione dell'origine dei Suoi dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi nonché il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi dati per motivi legittimi o per l'utilizzo di tali dati a fini commerciali.

Titolare e responsabile/i del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono CACI Life dac e CACI Non-Life dac, ciascuna con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

Per ottenere ulteriori informazioni in relazione all'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, può rivolgersi a CACI Life dac, in persona del Capo del Dipartimento Amministrativo, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dati clienti e marketing, domiciliato per la funzione presso la sede della Società in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

3.GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica il coobbligato del contratto di finanziamento se presente, il coniuge dell'Assicurato (non separato da certificato di matrimonio) se presente, e/o gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, o altro beneficiario designato nel rispetto delle norme di legge e di regolamento vigenti.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con Agos Ducato S.p.A. e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Contraente:** indica Agos Ducato S.p.A, con sede legale in Via Bernina 7 - Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento finalizzato all'acquisto, in via esemplificativa e non esaustiva, di arredamento e beni di consumo, di moto, auto, camper e nautica con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma di importo massimo pari ad Euro 30.000,00, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata massima pari a 120 mesi, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; ovvero (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla presente Polizza Convenzione sottoscritta facoltativamente dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento.
- **Disoccupazione:** indica lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, nel caso in cui:
 1. abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno; e
 2. sia iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o qualsiasi altra indennità di disoccupazione prevista dalla legge applicabile tempo per tempo vigente.
- **Ente Privato:** indica soggetto giuridico diverso da un Ente Pubblico, presso il quale l'Assicurato potrà essere impiegato.
- **Ente Pubblico:** indica ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi: gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative pubbliche, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Provincie, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **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 totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia Non Lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica 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.
- **Infocert:** 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 Agos Ducato S.p.A. per la certificazione della Firma Digitale.
 - **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
 - **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità 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.
 - **Lavoratore Dipendente:** indica la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato o con contratto di apprendistato regolato dalla legge italiana. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate, o che godono di compensi per attività libero professionale, intramuraria del personale dipendente del SSN, indennità ed altri compensi corrisposti da Stato, Regioni, Province e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, fatto naturalmente salvo quanto previsto dalla definizione di Lavoratore Autonomo. Nel caso in cui il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana al lavoratore dipendente di Ente Privato troveranno applicazione le coperture assicurative per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave.
 - **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
 - **Malattia Grave:** indica i casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comportino un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un Trapianto d'Organo, come meglio specificato all'art. 22 delle Condizioni di assicurazione.
 - **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
 - **Non Lavoratore:** indica la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo il personale in quiescenza lavorativa, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.

- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire dell'Inabilità Temporanea Totale o dello stato di Disoccupazione, 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.
- **Perdita di Impiego:** indica la perdita involontaria del posto di lavoro da parte dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, che generi uno stato di Disoccupazione, ivi inclusa l'ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato all'esito della procedura di conciliazione che deve essere esperita, in caso di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, dinanzi alla Direzione Territoriale del Lavoro competente ai sensi dell'articolo 7 della legge n. 604/1966 così come modificata dalla legge n. 92/2012. Resta inteso che non rientra nella presente definizione qualsiasi altra ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato diversa da quella sopramenzionata. Non rientrano altresì nella presente definizione tutte le ipotesi di dimissioni dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato salvo le dimissioni per giusta causa. Non è considerata Perdita di Impiego la scadenza naturale del contratto a tempo determinato o di apprendistato.
- **Periodo di Carenza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale da Malattia e Ricovero Ospedaliero da Malattia non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego 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:** indica il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero 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 Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nella Dichiarazione di Adesione, dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative.
- **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.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero CACI Non-Lifedac.

4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA COPERTO BASIC PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO

POLIZZE COLLETTIVE N. "L-2043-10-06-233-1" (CACI LIFE DAC) E N. "N-2043-10-06-233-1" (CACI NON-LIFE DAC) (DI SEGUITO LA "POLIZZA")

Il sottoscrittonato ail.....

e residente a, Via/Piazza.....CAP.....

Cod. FiscaleProfessione

Documento(tipo/numero)in qualità di intestatario del Finanziamento n°.....acceso

presso Agos Ducato S.p.A .

L'importo del premio è pari a € _____ ; la quota parte relativa ai costi di intermediazione è pari a € _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- **dichiara** di aderire alla Polizza facoltativa indicata, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Compagnie e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di cambio della propria posizione lavorativa durante il periodo di validità della presente Polizza Convenzione, dovrà inviarne comunicazione alla Società;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative cessano di avere efficacia e in tal caso la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione e che tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento che ha dato luogo alla restituzione della parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione, la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio pagato, ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale rimborsata e tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara** di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Dichiarazione di Adesione sono complete ed esatte;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento;
- **dichiara** di autorizzare i direttori di cliniche, ospedali, case di cura, enti mutualistici, medici liberi professionisti o dipendenti da enti che possano averlo curato o semplicemente visitato (ai quali CACI Life dac e CACI Non-Life dac possano in qualsiasi momento rivolgersi), a rilasciare documenti o informazioni riguardanti il proprio stato di salute, liberandoli dall'obbligo a mantenere il segreto professionale in proposito;
- **dichiara** di prestare il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 c.c.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Art.2-Requisiti di Assicurabilità e modalità di adesione; Art.3-Decorrenza e cessazione delle garanzie; Art. 7 -Denuncia dei sinistri; Art.12 -Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Art.14 -Diritto di recesso; Art.18 -Cessione dei diritti; Art.20-Controversie; Art.27 -Massimali; Art.28 -Esclusioni.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

Si rammenta all'Assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Società e al Contraente di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. **il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:**

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto.**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della informativa "Tutela Privacy" dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita dalla Società e da Agos Ducato, di cui alle Condizioni di Assicurazione e alla Informativa Privacy del Contratto di Finanziamento.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla Società, ad Agos Ducato e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza nonché per il trasferimento all'estero dei suddetti dati, ivi compresi dati sensibili, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

La Società e Agos Ducato si impegnano a trattare i dati personali e sensibili dell'Assicurato esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14

TITOLARE EFFETTIVO

Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)

"1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

PROFILO AGOS

DA SEMPRE AI VERTICI IN ITALIA

Per storia, esperienza e numeri, Agos dal 1987 è una società leader nel mercato del credito ai consumatori in Italia.

GRANDI BANCHE ALLE SPALLE

Il capitale azionario fa capo a due grandi Gruppi Bancari: Crédit Agricole, attraverso Crédit Agricole Consumer Finance, e Banco BPM.

MILIONI DI CLIENTI SODDISFATTI

Agos conta, ad oggi, 9 milioni di clienti e il nostro costante monitoraggio del mercato ha registrato un livello di soddisfazione superiore al 90% (IPSOS - Customer Satisfaction, dicembre 2015). Attraverso una rete distributiva di circa 230 unità commerciali e migliaia di punti vendita convenzionati in tutti i settori merceologici, ogni 10 secondi in Italia viene chiesto un finanziamento ad Agos.

LEADER PER QUALITÀ E SERVIZI

Una recente indagine condotta sulle famiglie italiane dall'Istituto Tedesco Qualità e Finanza, ha eletto Agos come migliore Società Finanziaria anche per il 2016. L'azienda si è classificata prima in tutti i comparti relativi all'Offerta prodotti, Assistenza clienti, Online e app, Innovazione e Cessione del quinto.

Inoltre, Agos ha ottenuto la Valutazione Top in Comunicazione con i clienti e Rapporto qualità-prezzo e nella classifica quantitativa per Condizioni prestiti e Condizioni revolving.

Contratto di Credit Protection a Premio Unico

Polizza

COPERTO PREMIUM

**Per lavoratori dipendenti
di ente privato**

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Facsimile Dichiarazione di Adesione deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

 **CRÉDIT AGRICOLE
ASSURANCES**

CREDITOR INSURANCE

**Contratto di assicurazione Credit Protection a Premio Unico AGOS DUCATO – COPERTO PREMIUM
PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO****La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa****Il Fascicolo Informativo contenente:**

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione e Informativa sulla Privacy;
- Glossario;
- Facsimile della Dichiarazione di Adesione.

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(aggiornamento al 5 giugno 2017)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive n. "L-2042-10-06-232-1" (CACI Life dac) e n. "N-2042-10-06-232-1" (CACI Non-Life dac) denominate "COPERTO PREMIUM PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO" stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A e CACI (di seguito, ciascuna, la "Polizza Convenzione").

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che dal 1° gennaio 2013 è succeduto a ISVAP in tutti i poteri, funzioni e competenze) con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita ed integrata in base a quanto previsto dagli schemi predisposti dall'IVASS per i contratti di assicurazione dei rami danni, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Si precisa che ai fini di un'adeguata rappresentazione delle caratteristiche della Polizza Convenzione, la presente Nota Informativa è stata integrata per tener conto delle caratteristiche delle singole coperture ivi previste. In particolare, si precisa che: (i) la presente Nota informativa contiene informazioni in merito alle ulteriori coperture assicurative diverse da quelle sulla vita che vengono fornite in base alla convenzione di assicurazione stipulata tra le società assicurate di seguito indicate e Agos Ducato S.p.A e (ii) la copertura assicurativa relativa al caso morte è prestata unicamente dalla Società CACI Life dac, mentre le altre coperture assicurative indicate nella presente Nota informativa sono prestate unicamente dalla Società CACI Non-Life dac.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza. L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

La certificazione della firma digitale viene effettuata da Infocert, società di cui si avvale Agos Ducato S.p.A. per la somministrazione di tale servizio ed in possesso dei requisiti tecnici di cui all'art. 13 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22.2.2013.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono entrambe società di capitali costituite ai sensi del diritto irlandese facenti parte del Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. La società capogruppo è Crédit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: +39 02 00638112
- Indirizzo e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie
- Fax: 0035 31 603 96 49

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la "Società") sono regolarmente autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita e nel ramo danni e sono soggette al controllo della Central Bank of Ireland, PO Box no. 559, Dublino 1, Irlanda. Le Imprese operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

CACI Life non investe il premio in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di Assicurazioni sulla Vita.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Al 31 Dicembre 2016 il patrimonio netto di CACI Life era pari a € 219.441.773 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 79.303.533 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

Il patrimonio netto di CACI Non-Life era pari a € 145.889.275 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 72.698.235 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

L'indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 193% per la parte vita e 134% per la parte danni.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

3.1. Durata delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iv) al

raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 69esimo anno di età o il diverso limite di età richiesto ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente, oppure alla data dell'eventuale conseguimento, da parte dell'Assicurato, della pensione anticipata); (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Il contratto di assicurazione può essere concluso con Firma Digitale se nell'ambito del contratto di finanziamento si sia optato per tale modalità - oppure firmando di proprio pugno e rilasciando ad Agos Ducato S.p.A. la Dichiarazione di Adesione.

Si rinvia all'art. 3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3.2 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative:

- **Copertura assicurativa per il caso Morte** (*operante per tutti gli Assicurati*);
- **Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio** (*operante per tutti gli Assicurati*);
- **Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego** (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana*).

Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nell'art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) delle Condizioni di Assicurazione e in tutti i casi in cui la Copertura assicurativa per Perdita di Impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione, troveranno applicazione le seguenti coperture (a condizione che sussistano i presupposti previsti da tali garanzie):

- **Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave;**
- **Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale;**
- **Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero.**

Operatività delle coperture assicurative

La Copertura assicurativa per il caso Morte è prestata da CACI Life e le Coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono prestate da Caci Non-Life. Le coperture assicurative per il caso Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono operanti in alternativa alla Perdita di Impiego per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana e in tutti i casi in cui la Copertura assicurativa per Perdita di impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione.

Descrizione delle prestazioni assicurative per ciascuna copertura

Di seguito sono descritte le prestazioni assicurative relative a ciascuna copertura.

Copertura assicurativa per il caso Morte (*operante per tutti gli Assicurati*)

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 78.500,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 21 (Copertura assicurativa per il caso Morte) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio (*operante per tutti gli Assicurati*)

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato di grado non inferiore al 60% derivante da Infortunio, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 78.500,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere

con il Contraente. Si rinvia all'art. 22 (Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego (*operante per coloro che al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana*)

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale derivi la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, **trascorsi 90 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle Rate Mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle Rate Mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La presente copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, la presente copertura assicurativa è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. E' altresì previsto un periodo di Franchigia Assoluta di 90 giorni. L'Indennizzo non potrà eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.400,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e di n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 23 (Copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*)

In caso di Malattia Grave, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) debito residuo in linea capitale che al momento del verificarsi del Sinistro l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) indennizzo di € 500,00.

Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 79.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 24 (Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*)

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, **trascorsi 30 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Assoluta di 30 giorni. L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.400,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 25 (Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero (operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana)

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dalla quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, **trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.400,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 26 (Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero) e all'art. 28 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

4. Premi

Le coperture assicurative offerte dalla presente Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Perdita di impiego, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Premio totale
0-84 mesi	2,14%	4,61%	6,75%
85-120 mesi	3,72%	4,18%	7,90%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	1,30%
13-24	46,66%
25-36	34,87%
37-48	32,58%
49-60	29,09%
61-72	26,37%
73-84	23,37%
85-120	36,46%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nella percentuale di Premio totale sopra indicata sono pari al 50,00%.

Tali costi rappresentano la quota parte percepita in media dal Contraente. A titolo esemplificativo, nella seguente tabella si riporta la quota parte del Premio al netto delle imposte percepita in media dal Contraente in valore assoluto a titolo di commissioni di intermediazione:

Durata	Importo	Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte del Premio totale, al netto di imposte, percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Capitale finanziato (*)
48 mesi	€ 10.000	€ 675,00	€ 664,00	€332,00	€ 10.675

(*) Importo risultante dai dati finanziari del Contratto di Finanziamento, comprensivo delle eventuali commissioni di istruttoria previste o di altri servizi aggiuntivi annoverati nel Contratto di Finanziamento.

I costi sopra indicati sono inclusi nel Premio corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento. Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società.

Avvertenza:

in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria delle coperture assicurative e le coperture assicurative verranno estinte. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, la Società fornisce le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale a favore dell'Assicurato quale Beneficiario. Nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che hanno dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

Nei casi di estinzione parziale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato e ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione parziale anticipata, la Società non ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative a favore dell'Assicurato quale Beneficiario, che pertanto rimarranno invariate rispetto al periodo antecedente l'estinzione anticipata.

Si rinvia all'art. 4 (Estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento) e all'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non sono previsti a beneficio dell'Assicurato meccanismi di partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

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 di cui al precedente art. 4 sono pari al 50,00%.

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

7. Sconti

Non sono previsti sconti di Premio. Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale come specificato nell'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione. La nota informativa e le condizioni contrattuali dell'assicurazione a premio annuale che offre garanzie analoghe a quelle previste dal presente contratto, possono essere richieste al Contraente, al quale il Cliente potrà rivolgersi per ogni specifica informazione e per l'assistenza nella sottoscrizione della polizza.

8. Regime fiscale applicabile

E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicabile alla Polizza Convenzione. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza Convenzione.

8.1 Imposta sui Premi

I Premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, in linea di principio, i Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%. Eventuali modifiche della normativa fiscale applicabile alla Polizza Convenzione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

8.2 Tassazione delle somme assicurate

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 6 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e 34 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 601, le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente sono esenti dall'IRPEF. Le somme conseguite in sostituzione di redditi e le indennità conseguite, anche in forma assicurativa, a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi (esclusi quelli dipendenti da Invalidità Permanente o da Morte) costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti.

8.3 Detrazione fiscale dei Premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del Premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

9. Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione

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

1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
2. **per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 30.000, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione 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. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
4. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato.

Si rinvia all'art. 2 (Requisiti di assicurabilità) e all'art. 3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

10. Risoluzione della Polizza Convenzione per sospensione del pagamento dei Premi

Poiché la Polizza Convenzione prevede il pagamento da parte dell'Assicurato di un Premio unico anticipato, non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza Convenzione sospendendo il pagamento dei Premi.

11. Riscatto e Riduzione

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

12. Revoca della Proposta

La Polizza Convenzione non prevede una proposta da parte dell'Assicurato. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è sufficiente la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Diritto di Recesso dell'Assicurato

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

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

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

via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Agos Ducato S.p.A

via Bernina,7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata nell'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

Si ricorda che 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 si fonda ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulla circostanza che, qualora trovi applicazione quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, anche alla luce di quanto previsto dal D.P.R. 116/2007, gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Convenzione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto potrebbero essere devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

17. Reclami e Mediazione

- 17.1. 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
- 17.2. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it
- 17.3. 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.
- 17.4. **Sistemi alternativi di risoluzione delle Controversie:**
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 secondo le modalità descritte all'art. 20 - Controversie delle Condizioni di Assicurazione.
Prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, il soggetto reclamante potrà utilizzare i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla legge, ovvero:
- 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").
- In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.
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/>

18. Informativa in corso di contratto

18.1 Informazioni riguardanti la Società

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

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.

19. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

L'Assicurato qualora nel corso della durata contrattuale dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nell'art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) delle Condizioni di Assicurazione, è tenuto ad informare la Società.

20. Conflitto di Interessi

La Società e il Contraente appartengono allo stesso gruppo facente capo alla società francese Crédit Agricole S.A.. In ogni caso la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto di interessi, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente o degli Assicurati.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale



Olivier Melennec

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive n. “L-2042-10-06-232-1” (CACI Life dac) e n. “N-2042-10-06-232-1” (CACI Non Life dac) denominate “COPERTO PREMIUM PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO” stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A e CACI sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 1.1. La Società si impegna, nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario la prestazione che:
- per il caso Morte, è determinata ai sensi dell'art. 21 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, è determinata ai sensi dell'art. 22 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso Perdita di Impiego, è determinata ai sensi dell'art. 23 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- Qualora, nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nell'art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) delle Condizioni di Assicurazione e in tutti i casi in cui la copertura assicurativa per Perdita di Impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione, troveranno applicazione le seguenti coperture (a condizione che sussistano i presupposti previsti da tali garanzie):**
- per il caso di Malattia Grave, è determinata ai sensi dell'art. 24 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Inabilità Temporanea Totale, è determinata ai sensi dell'art. 25 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Ricovero Ospedaliero, è determinata ai sensi dell'art. 26 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- 1.2. Le coperture assicurative sopra elencate sono offerte congiuntamente dalla Società e costituiscono un unico pacchetto assicurativo. I Clienti del Contraente potranno aderirvi mediante un unico atto di adesione.

ART. 2 - REQUISITI DI ASSICURABILITA' E MODALITA' DI ADESIONE

- 2.1. Prima di essere vincolato dall'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnato il presente Fascicolo Informativo, unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.
- 2.2. L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.
- 2.3. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:
1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
 2. **per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 30.000, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione 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. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
 4. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, sia un Lavoratore Dipendente di Ente Privato.

Si specifica che, nel caso in cui il Cliente non presenti i requisiti richiesti di cui al presente art. 2, tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.

Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un'apposita visita medica.

- 2.4. Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al precedente paragrafo 2.3.
- 2.5. **Resta inteso che in caso di adesione avvenuta tramite Firma Digitale, i dati in forma elettronica, conservati dalla Società potranno essere opponibili all'Assicurato e potranno essere ammessi come prova della sua identità e del suo consenso all'adesione alle coperture assicurative.**

ART. 3 - DECORRENZA E CESSAZIONE DELLE GARANZIE

- 3.1. Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi (la “**Data di Decorrenza**”):
1. la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
 2. l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art. 5.
- 3.2. Le coperture assicurative hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;

- (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
- (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
- (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età (limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego, al raggiungimento del 69esimo anno di età o il diverso limite di età richiesto ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente, oppure alla data dell'eventuale conseguimento, da parte dell'Assicurato, della pensione anticipata);
- (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione anticipata, la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Beneficiario secondo il piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

ART. 4 - ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

La Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, l'importo $(R1 + R2 - X)$ a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

Il calcolo dell'importo $(R1 + R2 - X)$ che verrà restituito all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto avverrà applicando le seguenti formule:

- $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$

- $R2 = P3 \times (N-K)/N$

dove:

N= Durata complessiva della copertura (espressa in mesi interi)

K= Mese in corso (numero di mesi scaduti)

N-K= Durata residua

Tali durate sono da riferirsi al piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale

- X= € 25,00 che la Società tratterrà dall'importo dovuto $(R1 + R2)$ a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio; qualora l'importo dovuto $(R1 + R2)$ risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Il Premio originariamente corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento si compone di

Premio totale = $P1 + P2 + P3 +$ imposte

dove:

P1= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di rata

P2= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di capitale

P3= quota parte di Premio (al netto imposte) percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione

Per premio puro si intende la parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione.

Di seguito sono riportate le percentuali da applicare al Premio al netto delle imposte ai fini del calcolo dell'importo da restituire all'Assicurato e corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto.

Durata del Finanziamento	Premio puro (P1+P2): quota parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Quota parte di Premio al netto di imposte in percentuale percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di rata: Perdita di impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero (P1)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di capitale: Morte, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave (P2)
0-84 mesi	50%	50%	58,58%	41,42%
85-120 mesi	50%	50%	38,59%	61,41%

Di seguito si riporta un esempio calcolato su una durata complessiva del Contratto di Finanziamento pari a 48 mesi, importo: €10.000,00, estinzione anticipata integrale avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione:

Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte di Premio al netto di imposte in valore assoluto percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Premio puro (P1+P2)*	P1	P2
€ 675,00	€ 664,00	€ 332,00	€ 332,00	€ 194,50	€ 137,50

- $R1 = \frac{€(332,00 \times 58,58\%) \times (48-24)}{48} + \frac{€(332,00 \times 41,42\%) \times ((48-24) \times (48-24+1))}{(48 \times (48+1))} = € 131,63$
- $R2 = € 332,00 \times \frac{(48-24)}{48} = € 166,00$
- $R1 + R2 = € 297,63$
- $X = € 25$
- Importo corrisposto all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto $(R1 + R2 - X) = € 272,63$

In alternativa al rimborso del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale del Contratto di Finanziamento, fornirà le coperture assicurative in favore del Beneficiario fino alla scadenza contrattuale prevista precedentemente all'estinzione anticipata integrale. Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e della rata mensile saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento avvenuta nei primi 60 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, il Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto sarà equiparato a quello conseguente all'esercizio del diritto di recesso secondo quanto previsto nell'art. 14 (Diritto di Recesso).

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = \text{Rimborso Premio Totale} * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

Dove:

Capitale Rimborsato: quota parte del capitale finanziato rimborsato dall'Assicurato

Debito Residuo: debito residuo dell'Assicurato al momento dell'estinzione anticipata parziale del finanziamento.

Rimborso Premio Totale = rimborso dovuto all'Assicurato in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento (R1 + R2). Tale importo viene poi moltiplicato per il coefficiente di riproporzionamento del debito residuo

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = (P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1)) + P3 \times (N-K)/N) \times \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

La Società tratterrà dall'importo dovuto (Rimborso Premio Parziale) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Riprendendo l'esempio precedente, in caso di estinzione parziale pari a € 2.000 dopo 24 mesi dall'adesione, l'importo del rimborso parziale sarà così calcolato:

Capitale finanziato	Rimborso premio totale (R1+R2)	Capitale rimborsato	Debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione *
€ 10.650	€ 297,63	€ 2.000,00	€ 5.811,52

(*) calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%

Calcolo premio parziale non goduto = € 297,63 * (2 000/5.811,52) = € 102,41

Importo corrisposto all'assicurato: € 102,41 - €25 = €77,41

A seguito di estinzione anticipata parziale, in alternativa al rimborso parziale del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, corrisponderà al Beneficiario, in caso di Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare del debito residuo o delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento in essere prima dell'estinzione anticipata parziale, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà calcolato in base al piano di ammortamento in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali.

In caso di estinzioni anticipate parziali successive alla prima o di estinzione totale che segue precedenti estinzioni parziali, il debito residuo risultante dal piano di ammortamento in essere a tale data verrà conseguentemente riproporzionato in ragione delle riduzioni che lo stesso ha registrato per effetto delle precedenti estinzioni anticipate parziali intervenute e lo stesso avviene per le diverse componenti del premio, come segue:

P1 riproporzionato = P1 * (1-Capitale Rimborsato/Debito residuo)

P2 riproporzionato = P2 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

P3 riproporzionato = P3 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO

- 5.1. Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.
- 5.2. La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita	Componente Danni	Premio totale
0-84 mesi	2,14%	4,61%	6,75%
85-120 mesi	3,72%	4,18%	7,90%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	1,30%
13-24	46,66%
25-36	34,87%
37-48	32,58%
49-60	29,09%
61-72	26,37%
73-84	23,37%
85-120	36,46%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili.

ART. 6 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, l'Assicurato modifichi la propria posizione lavorativa e non risulti più essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato, il diritto alla copertura Perdita di Impiego viene meno; l'Assicurato si impegna a comunicare alla Società la modifica della suddetta posizione lavorativa e la Società, preso atto di tale comunicazione, si impegna ad attivare le coperture per il caso Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, **previa comunicazione dell'Assicurato**.

Resta tuttavia inteso che la mancata comunicazione da parte dell'Assicurato della modifica della posizione lavorativa non comprometterà il diritto alla prestazione dovuta ai sensi della presente Polizza Convenzione.

ART. 7 - DENUNCIA DEI SINISTRI

7.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto al Contraente e potranno richiedere informazioni al seguente numero:

02/6994.3001

7.2. La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7
20158 Milano

7.3. Unitamente alla denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione:

Per la copertura assicurativa per il caso Morte:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4);

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

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

Per la copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale e Permanente da Infortunio:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario 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.

Per la copertura assicurativa per il caso Perdita di Impiego:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- copia del libretto di lavoro o scheda professionale, copia del contratto di lavoro o della lettera di assunzione riportante il monte ore lavorate;
- copia della lettera di licenziamento o documento equipollente;
- eventuale attestazione del ricevimento della Naspl (Nuova assicurazione sociale per l'impiego);
- copia di un documento comprovante l'iscrizione nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- i successivi documenti comprovanti la continuazione del Sinistro (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Disoccupazione).

Per la copertura assicurativa per il caso Malattia Grave:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico che attesti la diagnosi di Malattia Grave ed eventuale documentazione medica necessaria;
- attestato che certifichi la condizione lavorativa al momento del Sinistro.

Per la copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale:

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

Per la copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero:

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

Eventuali documenti aggiuntivi

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

7.4. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, 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 sono tenuti, in aggiunta all'invio al Contraente dell'avviso scritto di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 7.1 e 7.2, ad inviare al Contraente la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 7.2, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurare del diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

- 7.5. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.**
- 7.6. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, **nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni consecutivi durante il quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato.**

ART. 8 - 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 e cura e responsabilità della Società.

ART. 9 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

Le eventuali modifiche alla presente Polizza Convenzione o a ciascuna delle coperture assicurative ivi previste devono essere provate per iscritto.

ART. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11 - LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 12 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod.civ..

ART. 13 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che la copertura assicurativa può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 14 - DIRITTO DI RECESSO

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

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life dac e CACI Non-Life dac** (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

ART. 15 - DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 16 - COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 16.1. 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.
- 16.2. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:
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
- 16.3. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it
- 16.4. 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.

- 16.5. Prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, il soggetto reclamante potrà utilizzare i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla legge, ovvero:
- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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. 17 - COLPA GRAVE, TUMULTI

- 17.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.
- 17.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ., la copertura assicurativa per il rischio Inabilità Temporanea Totale si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 - 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 presente Polizza Convenzione.

ART. 19 - 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.

ART. 20 - CONTROVERSIE

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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 21 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE (operante per tutti gli Assicurati):

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di un parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 78.500,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 78.500,00. La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

ART. 22 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO (operante per tutti gli Assicurati):

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da Infortunio, di grado non inferiore al 60% intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di un parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non**

sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data. L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 78.500,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 78.500,00.

ART. 23 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO PERDITA DI IMPIEGO *(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età non superiore a 69 anni che abbiano un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana):*

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Sinistro dal quale derivi la Perdita di Impiego dell'Assicurato, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 90 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

La data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in mobilità con attestazione del ricevimento della Naspl (Nuova assicurazione sociale per l'impiego) ovvero di una comunicazione equivalente, deve essere successiva alle ore 24 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 90 giorni. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di una parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di Euro 2.400,00. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 indennizzi per lo stesso sinistro e 36 nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato dovesse variare la propria posizione lavorativa, come specificato nel precedente art. 6 (Modifica della Posizione Lavorativa) e in tutti i casi in cui la Copertura assicurativa per Perdita di Impiego non potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Polizza Convenzione, troveranno applicazione le seguenti coperture (a condizione che sussistano i presupposti previsti da tali garanzie):

ART. 24 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE *(operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana):*

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) debito residuo in linea capitale che al momento del verificarsi del Sinistro l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) indennizzo di € 500,00.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di una parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 79.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 79.000,00.

Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti Malattie Gravi: **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla copertura vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). **Chirurgia cardiovascolare** - Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico. **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come

conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci. **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza. **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica. **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 25 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITA' TEMPORANEA TOTALE (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*):

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 Totale Temporanea medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 30 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di un parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.400,00**. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 26 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO (*operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Lavoratori Autonomi o Non Lavoratori o Lavoratori dipendenti di Ente Privato di età superiore a 69 anni o che abbiano un contratto di lavoro regolato da una legge diversa da quella italiana*):

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 Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di un parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.400,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 27 - MASSIMALI

27.1. L'indennizzo non potrà superare il massimale di:

- € 78.500,00 in caso di Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio;
- € 79.000,00 in caso di Malattia Grave;
- € 2.400,00 mensili in caso di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

- 27.2. I massimali sopra descritti sono da intendersi per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente.
- 27.3. Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o per Malattia Grave.
- 27.4. Nessun Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio sarà corrisposto all'Assicurato qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Malattia Grave o viceversa.
- 27.5. Nessun Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto se l'Assicurato abbia già ottenuto n. 36 indennizzi mensili per il caso Perdita di Impiego o viceversa.
- 27.6. Nessun Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale sarà corrisposto se l'Assicurato abbia già ottenuto n. 36 indennizzi mensili per il caso Ricovero Ospedaliero o viceversa.
In nessun caso la Società sarà tenuta a corrispondere per i casi di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero più di n. 12 indennizzi per lo stesso sinistro e n. 36 indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 28 - ESCLUSIONI

ESCLUSIONI GENERALI

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
4. 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 e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
5. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
6. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
7. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
8. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
9. alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
10. pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO:

1. Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Infortuni causati all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. 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 dell'Assicurazione;
8. conseguenze di Infortuni avvenuti antecedentemente alla Data di Decorrenza della copertura e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
10. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - 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;
 - partecipazioni a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;

- 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;
- 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, sport aerei in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO MALATTIA GRAVE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA E RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA:

1. Malattie causate da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Malattie causate all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
4. Malattie causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X,);
5. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
6. 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 dell'Assicurazione;
7. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA DI IMPIEGO I CASI IN CUI:

1. l'Assicurato, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 15 giorni consecutivi non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro. In tal caso, non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di impiego, ma le coperture assicurative per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave;
2. alla Data di Decorrenza, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo (incluso il mancato superamento del periodo di prova), o di licenziamento disciplinare, o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
4. l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà fatta eccezione per il caso di dimissioni per giusta causa;
5. l'Assicurato svolge la propria attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
6. la Perdita di Impiego è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o, comunque, è la conseguenza della scadenza di un termine contrattuale;
7. l'Assicurato non è iscritto nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o risulta iscritto nel suddetto elenco come precario, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
8. la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero;
9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, Cassa Integrazione Guadagni in Deroga o qualsivoglia forma di cassa integrazione ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente;
10. l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
11. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
12. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento tra congiunti (parenti entro il III grado e affini entro il II, come definiti dal Codice Civile), anche discendenti e ascendenti;

13. il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana; in tal caso non troverà applicazione la copertura assicurativa Perdita di Impiego, ma le coperture Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave;
14. l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dal precedente art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I CONTRATTI DI FINANZIAMENTO DI IMPORTO SUPERIORE A 30.000 EURO

Le coperture assicurative assunte con Questionario Sanitario, per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 30.000, in aggiunta alle Esclusioni Generali 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 sia prima della Data di Decorrenza sia 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.

Valutazione di adeguatezza

Nel rispetto della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa (Regolamento IVASS n.5/2006 e sue successive modifiche ed integrazioni) il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare l'adeguatezza del prodotto proposto al Cliente tramite compilazione dell'apposito questionario.

“Tutela Privacy ”
Informativa ai sensi dell’art.13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

Finalità del trattamento dei dati

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “**Società**”), al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all’esercizio dell’attività assicurativa, deve disporre dei Suoi dati personali – compresi eventualmente anche quelli sensibili – e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati

Ciascuna Società, senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati da parte di ciascuna Società consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento dei dati, ciascuna Società esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al terzo capoverso del presente paragrafo.

I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di ciascuna Società e dalle società del gruppo Crédit Agricole che svolgono compiti di natura tecnico-organizzativa, nell’ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo “ Finalità del trattamento dei dati”.

I dati trattati da ciascuna Società, potranno essere comunicati ad altri soggetti e da questi trattati esclusivamente:

- a. per le finalità di cui al paragrafo “Finalità del trattamento dei dati” (a mero titolo esemplificativo a: società del gruppo Crédit Agricole, intermediari assicurativi e loro collaboratori, coassicuratori, riassicuratori, avvocati, medici, periti, organismi associativi di settore e soggetti coinvolti nel processo di valutazione del rischio etc.);
- b. per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA’ GIUDIZIARIA etc.).

Diritti dell’interessato

L’art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti) del Decreto Legislativo 196/03 (il “**Codice Privacy**”) Le conferisce l’esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere la conferma dell’esistenza dei Suoi dati personali, anche se non ancora registrati, l’indicazione dell’origine dei Suoi dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, l’aggiornamento, la rettifica o l’integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi nonché il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi dati per motivi legittimi o per l’utilizzo di tali dati a fini commerciali.

Titolare e responsabile/i del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono CACI Life dac e CACI Non-Life dac, ciascuna con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

Per ottenere ulteriori informazioni in relazione all’esercizio dei diritti di cui all’art. 7 del Codice sulla Privacy, può rivolgersi a CACI Life dac, in persona del Capo del Dipartimento Amministrativo, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dati clienti e marketing, domiciliato per la funzione presso la sede della Società in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

3.GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica il coobbligato del contratto di finanziamento se presente, il coniuge dell'Assicurato (non separato da certificato di matrimonio) se presente, e/o gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, o altro beneficiario designato nel rispetto delle norme di legge e di regolamento vigenti.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con Agos Ducato S.p.A. e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Contraente:** indica Agos Ducato S.p.A, con sede legale in Via Bernina 7 - Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento finalizzato all'acquisto, in via esemplificativa e non esaustiva, di arredamento e beni di consumo, di moto, auto, camper e nautica con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma di importo massimo pari ad Euro 78.500,00, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata massima pari a 120 mesi, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; ovvero (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla presente Polizza Convenzione facoltativamente sottoscritta dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento.
- **Disoccupazione:** indica lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, nel caso in cui:
 - i) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno; e
 - ii) sia iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o qualsiasi altra indennità di disoccupazione prevista dalla legge applicabile tempo per tempo vigente.
- **Ente Privato:** indica soggetto giuridico diverso da un Ente Pubblico, presso il quale l'Assicurato potrà essere impiegato.
- **Ente Pubblico:** indica ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi: gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative pubbliche, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **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 totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa, 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 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.
- **Infocert:** 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 Agos Ducato S.p.A. per la certificazione della Firma Digitale.
 - **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
 - **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità 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.
 - **Lavoratore Dipendente:** indica la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato o con contratto di apprendistato regolato dalla legge italiana. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate, o che godono di compensi per attività libero professionale, intramuraria del personale dipendente del SSN, indennità ed altri compensi corrisposti da Stato, Regioni, Province e Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, fatto naturalmente salvo quanto previsto dalla definizione di Lavoratore Autonomo. Nel caso in cui il contratto di lavoro sia regolato da una legge diversa da quella italiana al lavoratore dipendente di Ente Privato troveranno applicazione le coperture assicurative per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave.
 - **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
 - **Malattia Grave:** indica i casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comportino un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un Trapianto d'Organo, come meglio specificato all'art. 24 delle Condizioni di assicurazione.
 - **Morte:** indica il decesso dell'Assicurato.
 - **Non Lavoratore:** indica la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Rientrano in questa categoria a titolo esemplificativo il personale in quiescenza lavorativa, le casalinghe, il lavoratore con contratto di lavoro accessorio, o con contratto di inserimento, il lavoratore con contratto di lavoro intermittente, o assunto con un contratto di inserimento non soppresso dalla legge 92/2012, di tirocinio estivo di orientamento. In caso di contratto a tempo determinato o di apprendistato, alla scadenza naturale dello stesso senza che vi sia l'avvio di un altro periodo di rapporto di lavoro dipendente, la persona sarà considerata come Non Lavoratore, anche nel caso in cui risulti iscritta all'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego come Disoccupato.

- **Normale Attività Lavorativa:** indica l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sopravvenire dell'Inabilità Temporanea Totale o dello stato di Disoccupazione, 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.
- **Perdita di Impiego:** indica la perdita involontaria del posto di lavoro da parte dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, che generi uno stato di Disoccupazione, ivi inclusa l'ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato all'esito della procedura di conciliazione che deve essere esperita, in caso di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, dinanzi alla Direzione Territoriale del Lavoro competente ai sensi dell'articolo 7 della legge n. 604/1966 così come modificata dalla legge n. 92/2012. Resta inteso che non rientra nella presente definizione qualsiasi altra ipotesi di risoluzione consensuale del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato diversa da quella sopramenzionata. Non rientrano altresì nella presente definizione tutte le ipotesi di dimissioni dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato salvo le dimissioni per giusta causa. Non è considerata Perdita di Impiego la scadenza naturale del contratto a tempo determinato o di apprendistato.
- **Periodo di Carezza:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle coperture assicurative durante il quale le prestazioni per Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale da Malattia e Ricovero Ospedaliero da Malattia non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego 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 di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero 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 Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nella Dichiarazione di Adesione, dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative.
- **Questionario Sanitario:** indica il documento predisposto dalla Società per accertare lo stato di salute dell'assicurando che sottoscrive un Contratto di Finanziamento di importo superiore a € 30.000.
- **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.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave CACI Non-Life dac.

4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA COPERTO PREMIUM PER LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTE PRIVATO

POLIZZE COLLETTIVE N. "L-2042-10-06-232-1" (CACI LIFE DAC) E N. "N-2042-10-06-232-1" (CACI NON-LIFE DAC) (DI SEGUITO LA "POLIZZA")

Il sottoscrittonato ail.....

e residente a, Via/Piazza, CAP.....

Cod. FiscaleProfessione

Documento(tipo/numero) in qualità di intestatario del Finanziamento n°.....acceso presso Agos Ducato S.p.A.

L'importo del premio è pari a € _____ ; la quota parte relativa ai costi di intermediazione è pari a € _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- **dichiara** di aderire alla Polizza facoltativa indicata, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Compagnie e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di cambio della propria posizione lavorativa durante il periodo di validità della presente Polizza Convenzione, dovrà inviarne comunicazione alla Società;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative cessano di avere efficacia e in tal caso la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione e che tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento che ha dato luogo alla restituzione della parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione, la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio pagato, ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale rimborsata e tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara di essere a conoscenza che la sottoscrizione della Polizza, per Contratti di Finanziamento superiori a €30.000, è subordinata ad aver compilato il Questionario Sanitario in modo veritiero e ad aver fornito risposta negativa a tutte le domande in esso contenute;**
- **dichiara** di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Dichiarazione di Adesione sono complete ed esatte;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento;
- **dichiara** di autorizzare i direttori di cliniche, ospedali, case di cura, enti mutualistici, medici liberi professionisti o dipendenti da enti che possano averlo curato o semplicemente visitato (ai quali CACI Life dac e CACI Non-Life dac possano in qualsiasi momento rivolgersi), a rilasciare documenti o informazioni riguardanti proprio stato di salute, liberandoli dall'obbligo a mantenere il segreto professionale in proposito;
- **dichiara** di prestare il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 c.c.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Art.2-Requisiti di Assicurabilità e modalità di adesione; Art.3-Decorrenza e cessazione delle garanzie; Art.7 -Denuncia dei sinistri; Art.12 -Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Art.14 -Diritto di recesso; Art.18 -Cessione dei diritti; Art.20 -Controversie; Art.27 -Massimali; Art.28 -Esclusioni.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

Si rammenta all'Assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Società e al Contraente di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. **il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:**

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto.**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della informativa "Tutela Privacy" dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita dalla Società e da Agos Ducato, di cui alle Condizioni di Assicurazione e alla Informativa Privacy del Contratto di Finanziamento.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla Società, ad Agos Ducato e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza Convenzione nonché per il trasferimento all'estero dei suddetti dati, ivi compresi dati sensibili, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

La Società e Agos Ducato si impegnano a trattare i dati personali e sensibili dell'Assicurato esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14

TITOLARE EFFETTIVO

Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)

"1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

QUESTIONARIO SANITARIO
DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE PER IMPORTI SUPERIORI A €30.000

Le risposte alle seguenti domande sono obbligatorie e devono essere fornite dall'Assicurando ai fini della sottoscrizione del contratto. Il contratto puo' essere sottoscritto solo in caso di risposta "NO" a tutte le seguenti domande:

1. Negli ultimi 5 anni, le è stata diagnosticata oppure è in cura per una delle seguenti malattie?

- | | |
|---|---|
| MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-VASCOLARE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE OSTEOARTICOLARI | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE DEL SANGUE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE TUMORALI | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MALATTIE IMMUNOPATOLOGICHE | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

2. Ha mai subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni per patologie neurologiche, cardio-circolatorie, respiratorie, gastroenteriche, nefro-urinarie? SI NO

3. Presenta postumi invalidanti che riducano l'integrità psico-fisica e/o è titolare di una pensione di invalidità civile/previdenziale/INAIL e/o ha fatto domanda per ottenerla? SI NO

4. E' sotto trattamento medico o farmacologico da piu' di 30 giorni consecutivi? SI NO

IMPORTANTE

Le coperture assicurative non includono i pagamenti per sinistri causati da patologie diagnosticate sia prima della sottoscrizione della Polizza Convenzione, sia nei 30 giorni successivi.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

AVVERTENZE:

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di CACI Life dac & CACI Non-Life dac, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Prima della sottoscrizione del "Questionario Sanitario" il Cliente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa contenute. Il Cliente ha il diritto di non sottoscrivere il presente "Questionario Sanitario" e di richiedere a CACI Life dac & CACI Non-Life dac di potersi sottoporre - con costi a suo carico - a visita medica per certificare il proprio stato di salute al fine di ottenere eventuale diverso prodotto assicurativo. CACI Life dac & CACI Non-Life dac si riservano il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame della documentazione sanitaria prodotta dal Cliente.

DICHIARAZIONI:

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date contenute nel presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto od omesso di comunicare alcuna circostanza rilevante circa le mie condizioni mediche. Sono a conoscenza del fatto che le informazioni e i dati richiesti sono elementi fondamentali ai fini della valutazione da parte della CACI Life dac & CACI Non-Life dac dei rischi in relazione alla polizza convenzione cui il sottoscritto intende aderire.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

PROFILO AGOS

DA SEMPRE AI VERTICI IN ITALIA

Per storia, esperienza e numeri, Agos dal 1987 è una società leader nel mercato del credito ai consumatori in Italia.

GRANDI BANCHE ALLE SPALLE

Il capitale azionario fa capo a due grandi Gruppi Bancari: Crédit Agricole, attraverso Crédit Agricole Consumer Finance, e Banco BPM.

MILIONI DI CLIENTI SODDISFATTI

Agos conta, ad oggi, 9 milioni di clienti e il nostro costante monitoraggio del mercato ha registrato un livello di soddisfazione superiore al 90% (IPSOS - Customer Satisfaction, dicembre 2015). Attraverso una rete distributiva di circa 230 unità commerciali e migliaia di punti vendita convenzionati in tutti i settori merceologici, ogni 10 secondi in Italia viene chiesto un finanziamento ad Agos.

LEADER PER QUALITÀ E SERVIZI

Una recente indagine condotta sulle famiglie italiane dall'Istituto Tedesco Qualità e Finanza, ha eletto Agos come migliore Società Finanziaria anche per il 2016. L'azienda si è classificata prima in tutti i comparti relativi all'Offerta prodotti, Assistenza clienti, Online e app, Innovazione e Cessione del quinto.

Inoltre, Agos ha ottenuto la Valutazione Top in Comunicazione con i clienti e Rapporto qualità-prezzo e nella classifica quantitativa per Condizioni prestiti e Condizioni revolving.

Contratto di Credit Protection a Premio Unico

Polizza

COPERTO BASIC

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Facsimile Dichiarazione di Adesione deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

 **CRÉDIT AGRICOLE
ASSURANCES**

CREDITOR INSURANCE

Contratto di assicurazione Credit Protection a Premio Unico AGOS DUCATO – COPERTO BASIC

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa

Il Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione e Informativa sulla Privacy;
- Glossario;
- Facsimile della Dichiarazione di Adesione.

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(aggiornamento al 02 Gennaio 2018)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive n. “L-2008-10-06-198-2”(CACI Life dac) e n. “N-2008-10-06-198-2”(CACI Non-Life dac) denominate “**COPERTO BASIC**” stipulate tra **AGOS DUCATO S.p.A** e **CACI** (di seguito, ciascuna, la “Polizza Convenzione”).

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che dal 1° gennaio 2013 è succeduto a ISVAP in tutti i poteri, funzioni e competenze) con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita ed integrata in base a quanto previsto dagli schemi predisposti dall’IVASS per i contratti di assicurazione dei rami danni, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell’IVASS.

Si precisa che ai fini di un’adeguata rappresentazione delle caratteristiche della Polizza Convenzione, la presente Nota Informativa è stata integrata per tener conto delle caratteristiche delle singole coperture ivi previste. In particolare, si precisa che: (i) la presente Nota informativa contiene informazioni in merito alle ulteriori coperture assicurative diverse da quelle sulla vita che vengono fornite in base alla convenzione di assicurazione stipulata tra le società assicurative di seguito indicate e Agos Ducato S.p.A e (ii) la copertura assicurativa relativa al caso morte è prestata unicamente dalla Società CACI Life dac, mentre le altre coperture assicurative indicate nella presente Nota informativa sono prestate unicamente dalla Società CACI Non-Life dac.

L’Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza. L’adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

La certificazione della firma digitale viene effettuata da Infocert, società di cui si avvale Agos Ducato S.p.A. per la somministrazione di tale servizio ed in possesso dei requisiti tecnici di cui all’art. 13 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22.2.2013.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE
- A. **INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

1. Informazioni generali

CACI Life dac e **CACI Non-Life dac** sono entrambe società di capitali costituite ai sensi del diritto irlandese facenti parte del Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. La società capogruppo è Crédit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: +39 02 00638112
- Indirizzo e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie
- Fax: 0035 31 603 96 49

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “Società”) sono regolarmente autorizzate all’esercizio dell’attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita e nel ramo danni e sono soggette al controllo della Central Bank of Ireland PO Box no. 559, Dublino 1, Irlanda. Le Imprese operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell’Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

CACI Life non investe il premio in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di Assicurazioni sulla Vita.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Al 30 Settembre 2017 il patrimonio netto di CACI Life era pari a € 202.114.288 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 61.976.048 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

Il patrimonio netto di CACI Non-Life era pari a € 159.885.932 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 86.694.892 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

L’indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 208% per la parte vita e 143% per la parte danni.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

3.1. Durata delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iv) al

raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età; (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Il contratto di assicurazione può essere concluso con Firma Digitale se nell'ambito del contratto di finanziamento si sia optato per tale modalità oppure firmando di proprio pugno e rilasciando ad Agos Ducato S.p.A. la Dichiarazione di Adesione.

Si rinvia all'art. 3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3.2 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative operanti per tutti gli Assicurati:

- **Copertura assicurativa per il caso Morte;**
- **Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio;**
- **Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave;**
- **Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale;**
- **Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero.**

Operatività delle coperture assicurative

La Copertura assicurativa per il caso Morte è prestata da CACI Life e le Coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono prestate da Caci Non-Life.

Descrizione delle prestazioni assicurative per ciascuna copertura

Di seguito sono descritte le prestazioni assicurative relative a ciascuna copertura ed operanti per tutti gli Assicurati.

Copertura assicurativa per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 20 (Copertura assicurativa per il caso Morte) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato di grado non inferiore al 60% derivante da Infortunio, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che l'Assicurato deve ancora corrispondere alla Contraente ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 21 (Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave

In caso di Malattia Grave, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 30.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 22 (Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa 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, **trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Assoluta di 60 giorni. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, il massimale di Euro 2.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 23 (Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dalla quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 2.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all' art. 24 (Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero) e all' art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

4.Premi

Le coperture assicurative offerte dalla presente Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Premio totale
0-84 mesi	1,47%	3,43%	4,90%
85 - 144 mesi	3,27%	2,48%	5,75%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	25,85%
13-24	59,93%
25-36	51,07%
37-48	49,35%
49-60	46,73%
61-72	44,68%
73-84	42,43%
85-144	61,91%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

A titolo esemplificativo, nella seguente tabella si riporta la quota parte del Premio al netto delle imposte percepita in media dal Contraente in valore assoluto a titolo di commissione di intermediazione:

Durata	Importo	Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte del Premio totale, al netto di imposte, percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Capitale finanziato (*)
84 mesi	€ 10.000	€ 490,00	€ 482,00	€ 241,00	€ 10.490

(*) Importo risultante dai dati finanziari del Contratto di Finanziamento, comprensivo delle eventuali commissioni di istruttoria previste o di altri servizi aggiuntivi annoverati nel Contratto di Finanziamento.

I costi sopra indicati sono inclusi nel Premio corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento. Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società.

Avvertenza:

in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria delle coperture assicurative e le coperture assicurative verranno estinte. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, la Società fornisce le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale a favore dell'Assicurato quale Beneficiario. Nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che hanno dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

Nei casi di estinzione parziale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato e ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione parziale anticipata, la Società non ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative a favore dell'Assicurato quale Beneficiario, che pertanto rimarranno invariate rispetto al periodo antecedente l'estinzione anticipata.

Si rinvia all'art. 4 (Estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento) e all'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5.Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non sono previsti a beneficio dell'Assicurato meccanismi di partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6 . Costi

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 di cui al precedente art.4 sono pari al 50,00%.

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

7. Sconti

Non sono previsti sconti di Premio. Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale come specificato nell'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione. La nota informativa e le condizioni contrattuali dell'assicurazione a premio annuale che offre garanzie analoghe a quelle previste dal presente contratto, possono essere richieste al Contraente, al quale il Cliente potrà rivolgersi per ogni specifica informazione e per l'assistenza nella sottoscrizione della polizza.

8. Regime fiscale applicabile

E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicabile alla Polizza Convenzione. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza Convenzione.

8.1 Imposta sui Premi

I Premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, in linea di principio, i Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%. Eventuali modifiche della normativa fiscale applicabile alla Polizza Convenzione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

8.2 Tassazione delle somme assicurate

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 6 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e 34 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 601, le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente sono esenti dall'IRPEF. Le somme conseguite in sostituzione di redditi e le indennità conseguite, anche in forma assicurativa, a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi (esclusi quelli dipendenti da Invalidità Permanente o da Morte) costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti.

8.3 Detrazione fiscale dei Premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

9 Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione

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

1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti.

Si rinvia all'art.2 (Requisiti di assicurabilità) e art.3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

10.Risoluzione della Polizza Convenzione per sospensione del pagamento dei Premi

Poiché la Polizza Convenzione prevede il pagamento da parte dell'Assicurato di un Premio unico anticipato, non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza Convenzione sospendendo il pagamento dei Premi.

11. Riscatto e Riduzione

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

12. Revoca della Proposta

La Polizza Convenzione non prevede una proposta da parte dell'Assicurato. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è sufficiente la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Diritto di Recesso dell'Assicurato

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

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

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

via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Agos Ducato S.p.A

via Bernina,7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata nell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

Si ricorda che 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 si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulla circostanza che, qualora trovi applicazione quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, anche alla luce di quanto previsto dal D.P.R. 116/2007, gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Convenzione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto potrebbero essere devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

17. Reclami e Mediazione

17.1. 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

17.2. Eventuali reclami riguardanti il comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:

Agos Ducato S.p.A.

Gestione Reclami

Via Bernina, 7

20158 Milano

E-mail: info@pec.agosducat.it

17.3. 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.

17.4. **Sistemi alternativi di risoluzione delle Controversie:**

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 secondo le modalità descritte all'art. 19 - Controversie delle Condizioni di Assicurazione.

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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/>

18. Informativa in corso di contratto

18.1 Informazioni riguardanti la Società

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

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.

19. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

Qualsiasi eventuale cambiamento di attività o di professione dell'Assicurato non è soggetto ad alcuna comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato stesso.

20. Conflitto di Interessi

La Società e il Contraente appartengono allo stesso gruppo facente capo alla società francese Crédit Agricole S.A.. In ogni caso la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto di interessi, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente o degli Assicurati.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale


Mary Ryan

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive n. “**L-2008-10-06-198-2**”(CACI Life dac) e n. “**N-2008-10-06-198-2**”(CACI Non-Life dac) denominate “**COPERTO BASIC**” stipulate tra **AGOS DUCATO S.p.A** e **CACI** sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

ART. 1 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

- 1.1. La Società si impegna, nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario la prestazione che:
- per il caso Morte, è determinata ai sensi dell’art. 20 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, è determinata ai sensi dell’art. 21 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Malattia Grave, è determinata ai sensi dell’art. 22 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Inabilità Temporanea Totale, è determinata ai sensi dell’art. 23 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Ricovero Ospedaliero, è determinata ai sensi dell’art. 24 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- 1.2. Le coperture assicurative sopra elencate sono offerte congiuntamente dalla Società e costituiscono un unico pacchetto assicurativo. I Clienti del Contraente potranno aderirvi mediante un unico atto di adesione.

ART. 2 – REQUISITI DI ASSICURABILITA’ E MODALITA’ DI ADESIONE

- 2.1. Prima di essere vincolato dall’adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnato il presente Fascicolo Informativo unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.
- 2.2. L’adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.
- 2.3. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l’Assicurato:
1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
 2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un’età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti.
- Si specifica che, nel caso in cui il Cliente non presenti tutti i requisiti richiesti di cui al presente art.2, tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.
- Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un’apposita visita medica.
- 2.4. Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al precedente paragrafo. 2.3.
- 2.5. **Resta inteso che in caso di adesione avvenuta tramite Firma Digitale, i dati in forma elettronica, conservati dalla Società potranno essere opponibili all’Assicurato e potranno essere ammessi come prova della sua identità e del suo consenso all’adesione alle coperture assicurative.**

ART. 3 – DECORRENZA E CESSAZIONE DELLE GARANZIE

- 3.1. Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi (la “**Data di Decorrenza**”):
1. la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
 2. l’erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art. 5.
- 3.2. Le coperture assicurative hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
 - (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
 - (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
 - (iv) al raggiungimento da parte dell’Assicurato del 75esimo anno di età;
 - (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società restituirà all’Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall’Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale. In alternativa, su richiesta dell’Assicurato di mantenere le coperture assicurative espressa per iscritto da formularsi al

momento dell'estinzione anticipata, la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Beneficiario secondo il piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

ART. 4 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

La Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, l'importo (R1 + R2 - X) a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

Il calcolo dell'importo (R1 + R2 - X) che verrà restituito all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto avverrà applicando le seguenti formule:

- $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$
- $R2 = P3 \times (N-K)/N$

dove:

N= Durata complessiva della copertura (espressa in mesi interi)

K= Mese in corso (numero di mesi scaduti)

N-K= Durata residua

Tali durate sono da riferirsi al piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale

- X= € 25,00 che la Società tratterrà dall'importo dovuto (R1 + R2) a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio; qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Il Premio originariamente corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento si compone di

Premio totale = P1 + P2 + P3 + imposte

dove:

P1= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di rata

P2= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di capitale

P3= quota parte di Premio (al netto imposte) percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione

Per premio puro si intende la parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione.

Di seguito sono riportate le percentuali da applicare al Premio al netto delle imposte ai fini del calcolo dell'importo da restituire all'Assicurato e corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto.

Durata del Finanziamento	Premio puro (P1+P2): quota parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Quota parte di Premio al netto di imposte in percentuale percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di rata: Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero (P1)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di capitale: Morte, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave (P2)
0-84 mesi	50%	50%	55,81%	44,19%
85-144 mesi	50%	50%	34,62%	65,38%

Di seguito si riporta un esempio calcolato su una durata complessiva del Contratto di Finanziamento pari a 48 mesi, importo: €10.000,00, estinzione anticipata integrale avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione:

Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte di Premio al netto di imposte in valore assoluto percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Premio puro (P1+P2)*	P1	P2
€ 490,00	€ 482,00	€ 241,00	€ 241,00	€ 134,50	€ 106,50

- $R1 = \frac{€(241,00 \times 55,81\%)}{48} \times (48-24) + \frac{€(241,00 \times 44,19\%)}{48} \times ((48-24) \times (48-24+1)) = € 93,88$
- $R2 = € 241,00 \times (48-24)/48 = € 120,50$
- $R1+R2 = € 214,38$
- $X = € 25$
- Importo corrisposto all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto $(R1+R2 - X) = € 189,38$

In alternativa al rimborso del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale del Contratto di Finanziamento, fornirà le coperture assicurative in favore del Beneficiario fino alla scadenza contrattuale prevista precedentemente all'estinzione anticipata integrale. Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e della rata mensile saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento avvenuta nei primi 60 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, il Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto sarà equiparato a quello conseguente all'esercizio del diritto di recesso secondo quanto previsto nell'art. 13 (Diritto di Recesso).

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = \text{Rimborso Premio Totale} * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

Dove:

Capitale Rimborsato: quota parte del capitale finanziato rimborsato dall'Assicurato

Debito Residuo: debito residuo dell'Assicurato al momento dell'estinzione anticipata parziale del finanziamento.

Rimborso Premio Totale = rimborso dovuto all'Assicurato in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento (R1 + R2). Tale importo viene poi moltiplicato per il coefficiente di riproporzionamento del debito residuo

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = \frac{(P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1)) + P3 \times (N-K)/N)^*}{\text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}}$$

La Società tratterrà dall'importo dovuto (Rimborso Premio Parziale) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Riprendendo l'esempio precedente, in caso di estinzione parziale pari a € 2.000 dopo 24 mesi dall'adesione, l'importo del rimborso parziale sarà così calcolato:

Capitale finanziato	Rimborso premio totale (R1+R2)	Capitale rimborsato	Debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione *
€ 10.490	€ 214,38	€ 2.000,00	€ 5.811,52

(*) calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%

Calcolo premio parziale non goduto = € 214,37 * (2 000/5.811,52) = € 73,77

Importo corrisposto all'assicurato: € 73,76 - €25 = €48,77

A seguito di estinzione anticipata parziale, in alternativa al rimborso parziale del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, corrisponderà al Beneficiario, in caso di Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare del debito residuo o delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento in essere prima dell'estinzione anticipata parziale, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà calcolato in base al piano di ammortamento in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali.

In caso di estinzioni anticipate parziali successive alla prima o di estinzione totale che segue precedenti estinzioni parziali, il debito residuo risultante dal piano di ammortamento in essere a tale data verrà conseguentemente riproporzionato in ragione delle riduzioni che lo stesso ha registrato per effetto delle precedenti estinzioni anticipate parziali intervenute e lo stesso avviene per le diverse componenti del premio, come segue:

P1 riproporzionato = P1 * (1-Capitale Rimborsato/Debito residuo)

P2 riproporzionato = P2 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

P3 riproporzionato = P3 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

5.1 Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

5.2 La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Premio totale
0-84 mesi	1,47%	3,43%	4,90%
85 - 144 mesi	3,27%	2,48%	5,75%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	25,85%
13-24	59,93%
25-36	51,07%
37-48	49,35%
49-60	46,73%
61-72	44,68%
73-84	42,43%
85-144	61,91%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

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

ART. 6 – DENUNCIA DEI SINISTRI

6.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto al Contraente e potranno richiedere informazioni al seguente numero:

02/6994.3001

6.2. La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7
20158 Milano

6.3. Unitamente alla denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione:

Per la copertura assicurativa per il caso Morte:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4).

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

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

Per la copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale e Permanente da Infortunio:

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

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

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

Per la copertura assicurativa per il caso Malattia Grave:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico che attesti la diagnosi di Malattia Grave ed eventuale documentazione medica necessaria.

Per la copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale:

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

Per la copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero:

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

Eventuali documenti aggiuntivi

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

6.4. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, 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 sono tenuti, in aggiunta all'invio al Contraente dell'avviso scritto di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1 e 6.2, ad inviare al Contraente la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 6.2, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurare del diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

6.5. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.**

ART. 7 – 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 e cura e responsabilità della Società.

ART. 8 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

Le eventuali modifiche alla presente Polizza Convenzione o a ciascuna delle coperture assicurative ivi previste devono essere provate per iscritto.

ART. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 10 – LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 11 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod.civ..

ART. 12 – ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che la copertura assicurativa può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 13 – DIRITTO DI RECESSO

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

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life dac e CACI Non-Life dac** (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

ART. 14 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 15 – COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 15.1. 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.
- 15.2. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:
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
- 15.3. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it

15.4. 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.

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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. 16 – COLPA GRAVE, TUMULTI

16.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

16.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ., la copertura assicurativa per il rischio Inabilità Temporanea Totale si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 17 – 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 presente Polizza Convenzione.

ART. 18 – 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.

ART. 19 – CONTROVERSIE

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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 20 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE:

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 30.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 30.000,00. La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

ART. 21 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO:

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da Infortunio, di grado non inferiore al 60% intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 30.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 30.000,00.

ART. 22 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE:

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del Sinistro. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di una parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'Indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 30.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 30.000,00. Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti Malattie Gravi: **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla copertura vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). **Chirurgia cardiovascolare** - Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per

correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico. **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci. **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza. **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica. **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 23 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITA' 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 Totale Temporanea medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.000,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 24 – COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO:

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 Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, una somma pari all'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data. La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.000,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 25 – MASSIMALI

- 25.1. L'indennizzo non potrà superare il massimale di:
 - € 30.000,00 in caso di Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia Grave;
 - € 2.000,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.
- 25.2. I massimali sopra descritti sono da intendersi per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente.
- 25.3. Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o per Malattia Grave.
- 25.4. Nessun Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio sarà corrisposto all'Assicurato qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Malattia Grave o viceversa.
- 25.5. Nessun Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale sarà corrisposto se l'Assicurato abbia già ottenuto n. 36 Indennizzi mensili per il caso Ricovero Ospedaliero o viceversa.

In nessun caso la Società sarà tenuta a corrispondere per i casi di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero più di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 26 – ESCLUSIONI

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
4. 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 e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
5. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
6. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
7. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
8. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
9. alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
10. pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO:

1. Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Infortuni causati all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. 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 dell'Assicurazione;
8. le conseguenze di Infortuni avvenuti antecedentemente alla Data di Decorrenza della copertura e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
10. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - 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;
 - partecipazioni a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - 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;
 - 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, sport aerei in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO MALATTIA GRAVE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA E RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA:

1. Malattie causate da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Malattie causate all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
4. Malattie causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
5. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
6. 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 dell'Assicurazione;
7. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

Valutazione di adeguatezza

Nel rispetto della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa (Regolamento IVASS n.5/2006 e sue successive modifiche ed integrazioni) il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare l'adeguatezza del prodotto proposto al Cliente tramite compilazione dell'apposito questionario.

“ Tutela Privacy ”
Informativa ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

Finalità del trattamento dei dati

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “**Società**”), al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi e, in particolare, al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, deve disporre dei Suoi dati personali – compresi eventualmente anche quelli sensibili – e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati

Ciascuna Società, senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati da parte di ciascuna Società consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento dei dati, ciascuna Società esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al terzo capoverso del presente paragrafo.

I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di ciascuna Società e dalle società del gruppo Crédit Agricole che svolgono compiti di natura tecnico-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo “ Finalità del trattamento dei dati”.

I dati trattati da ciascuna Società, potranno essere comunicati ad altri soggetti e da questi trattati esclusivamente:

- a. per le finalità di cui al paragrafo “Finalità del trattamento dei dati” (a mero titolo esemplificativo a: società del gruppo Crédit Agricole, intermediari assicurativi e loro collaboratori, coassicuratori, riassicuratori, avvocati, medici, periti, organismi associativi di settore e soggetti coinvolti nel processo di valutazione del rischio etc.);
- b. per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA etc.).

Diritti dell'interessato

L'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti) del Decreto Legislativo 196/03 (il “**Codice Privacy**”) Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali, anche se non ancora registrati, l'indicazione dell'origine dei Suoi dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi nonché il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi dati per motivi legittimi o per l'utilizzo di tali dati a fini commerciali.

Titolare e responsabile/i del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono CACI Life dac e CACI Non-Life dac, ciascuna con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

Per ottenere ulteriori informazioni in relazione all'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, può rivolgersi a CACI Life dac, in persona del Capo del Dipartimento Amministrativo, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dati clienti e marketing, domiciliato per la funzione presso la sede della Società in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

3.GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica il coobbligato del contratto di finanziamento se presente, il coniuge dell'Assicurato (non separato da certificato di matrimonio) se presente, e/o gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, o altro beneficiario designato nel rispetto delle norme di legge e di regolamento vigenti.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con Agos Ducato S.p.A. e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Contraente:** indica Agos Ducato S.p.A, con sede legale in Via Bernina 7 - Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento finalizzato all'acquisto, in via esemplificativa e non esaustiva, di arredamento e beni di consumo, di moto, auto, camper e nautica con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma di importo massimo pari ad Euro 30.000,00, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata massima pari a 144 mesi, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; ovvero (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla presente Polizza Convenzione sottoscritta facoltativamente dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **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 totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica 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.
- **Infocert:** 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 Agos Ducato S.p.A. per la certificazione della Firma Digitale.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
- **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Malattia Grave:** indica i casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comportino un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un Trapianto d'Organo, come meglio specificato all'art. 22 delle Condizioni di assicurazione.
- **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 le prestazioni per Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** indica il periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero 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 o Ricovero Ospedaliero.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nella Dichiarazione di Adesione, dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative.
- **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.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero CACI Non-Life dac.

4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA COPERTO BASIC
POLIZZE COLLETTIVE N. "L-2008- 10- 06- 198-2" (CACI LIFE DAC) E N. "N-2008- 10- 06- 198-2" (CACI NON-LIFE DAC) (DI SEGUITO LA
"POLIZZA")

Il sottoscrittonato ail.....
e residente a, Via/PiazzaCAP.....
Cod. FiscaleProfessione

Documento(tipo/numero) in qualità di intestatario del Finanziamento n°accesso
presso Agos Ducato S.p.A .

L'importo del premio è pari a € _____ ; la quota parte relativa ai costi di intermediazione è pari a € _____

DICHIARAZIONI DELL' ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- **dichiara** di aderire alla Polizza facoltativa indicata, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Compagnie e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative cessano di avere efficacia e in tal caso la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione e che tratterà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento che ha dato luogo alla restituzione della parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione, la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio pagato, ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale rimborsata e tratterà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara** di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Dichiarazione di Adesione sono complete ed esatte;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento;
- **dichiara** di autorizzare i direttori di cliniche, ospedali, case di cura, enti mutualistici, medici liberi professionisti o dipendenti da enti che possano averlo curato o semplicemente visitato (ai quali CACI Life dac e CACI Non-Life dac possano in qualsiasi momento rivolgersi), a rilasciare documenti o informazioni riguardanti il proprio stato di salute, liberandoli dall'obbligo a mantenere il segreto professionale in proposito;
- **dichiara** di prestare il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 c.c.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Art.2-Requisiti di Assicurabilità e modalità di adesione; Art.3-Decorrenza e cessazione delle garanzie; Art.6 -Denuncia dei sinistri; Art.11 -Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Art.13 -Diritto di recesso; Art.17 -Cessione dei diritti; Art.19-Controversie; Art.25 -Massimali; Art.26 -Esclusioni.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

Si rammenta all'Assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Società e al Contraente di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela.

il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto.**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della informativa "Tutela Privacy" dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita dalla Società e da Agos Ducato, di cui alle Condizioni di Assicurazione e alla Informativa Privacy del Contratto di Finanziamento.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla Società, ad Agos Ducato e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza nonché per il trasferimento all'estero dei suddetti dati, ivi compresi dati sensibili, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

La Società e Agos Ducato si impegnano a trattare i dati personali e sensibili dell'Assicurato esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14

TITOLARE EFFETTIVO

Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)

"1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

PROFILO AGOS

DA SEMPRE AI VERTICI IN ITALIA

Per storia, esperienza e numeri, Agos dal 1987 è una società leader nel mercato del credito ai consumatori in Italia.

GRANDI BANCHE ALLE SPALLE

Il capitale azionario fa capo a due grandi Gruppi Bancari: Crédit Agricole, attraverso Crédit Agricole Consumer Finance, e Banco BPM.

MILIONI DI CLIENTI SODDISFATTI

Agos conta, ad oggi, 9 milioni di clienti e il nostro costante monitoraggio del mercato ha registrato un livello di soddisfazione superiore al 90% (IPSOS - Customer Satisfaction, dicembre 2015). Attraverso una rete distributiva di circa 230 unità commerciali e migliaia di punti vendita convenzionati in tutti i settori merceologici, ogni 10 secondi in Italia viene chiesto un finanziamento ad Agos.

LEADER PER QUALITÀ E SERVIZI

Una recente indagine condotta sulle famiglie italiane dall'Istituto Tedesco Qualità e Finanza, ha eletto Agos come migliore Società Finanziaria anche per il 2016. L'azienda si è classificata prima in tutti i comparti relativi all'Offerta prodotti, Assistenza clienti, Online e app, Innovazione e Cessione del quinto.

Inoltre, Agos ha ottenuto la Valutazione Top in Comunicazione con i clienti e Rapporto qualità-prezzo e nella classifica quantitativa per Condizioni prestiti e Condizioni revolving.

Contratto di Credit Protection a Premio Unico

Polizza

COPERTO PREMIUM

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Facsimile Dichiarazione di Adesione deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

 **CRÉDIT AGRICOLE
ASSURANCES**

CREDITOR INSURANCE

Contratto di assicurazione Credit Protection a Premio Unico AGOS DUCATO – COPERTO PREMIUM

La presente polizza assicurativa accessoria al finanziamento è facoltativa

Il Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione e Informativa sulla Privacy;
- Glossario;
- Facsimile della Dichiarazione di Adesione.

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(aggiornamento al 02 Gennaio 2018)

1. NOTA INFORMATIVA

relativa alle polizze collettive n. “L-2010-10-06-200-2” (CACI Life dac) e n. “N-2010-10-06-200-2” (CACI Non-Life dac) denominate “COPERTO PREMIUM” stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A e CACI (di seguito, ciascuna, la “Polizza Convenzione”).

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che dal 1° gennaio 2013 è succeduto a ISVAP in tutti i poteri, funzioni e competenze) con riferimento ai contratti di assicurazione sulla vita ed integrata in base a quanto previsto dagli schemi predisposti dall’IVASS per i contratti di assicurazione dei rami danni, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell’IVASS.

Si precisa che ai fini di un’adeguata rappresentazione delle caratteristiche della Polizza Convenzione, la presente Nota Informativa è stata integrata per tener conto delle caratteristiche delle singole coperture ivi previste. In particolare, si precisa che: (i) la presente Nota informativa contiene informazioni in merito alle ulteriori coperture assicurative diverse da quelle sulla vita che vengono fornite in base alla convenzione di assicurazione stipulata tra le società assicurative di seguito indicate e Agos Ducato S.p.A e (ii) la copertura assicurativa relativa al caso morte è prestata unicamente dalla Società CACI Life dac, mentre le altre coperture assicurative indicate nella presente Nota informativa sono prestate unicamente dalla Società CACI Non-Life dac.

L’Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza. L’adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

La certificazione della firma digitale viene effettuata da Infocert, società di cui si avvale Agos Ducato S.p.A. per la somministrazione di tale servizio ed in possesso dei requisiti tecnici di cui all’art. 13 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22.2.2013.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE
- A. **INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

1. Informazioni generali

CACI Life dac e **CACI Non-Life dac** sono entrambe società di capitali costituite ai sensi del diritto irlandese facenti parte del Gruppo francese Crédit Agricole S.A.. La società capogruppo è Crédit Agricole S.A..

- Indirizzo della sede legale: Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda
- Sito internet: www.ca-caci.ie
- Telefono: +39 02 00638112
- Indirizzo e-mail: Relazioni.clienti@ca-caci.ie
- Fax: 0035 31 603 96 49

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “Società”) sono regolarmente autorizzate all’esercizio dell’attività assicurativa rispettivamente nel ramo vita e nel ramo danni e sono soggette al controllo della Central Bank of Ireland PO Box no. 559, Dublino 1, Irlanda. Le Imprese operano in Italia in regime di libera prestazione dei servizi dal 3/02/2004 ai sensi dell’Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005.

CACI Life non investe il premio in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di Assicurazioni sulla Vita.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Al 30 Settembre 2017 il patrimonio netto di CACI Life era pari a € 202.114.288 (di cui € 140.138.240 costituiscono il capitale sociale ed € 61.976.048 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

Il patrimonio netto di CACI Non-Life era pari a € 159.885.932 (di cui € 73.191.040 costituiscono il capitale sociale ed € 86.694.892 rappresentano il totale delle riserve patrimoniali).

L’indice di solvibilità necessario a soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammontava al 208% per la parte vita e 143% per la parte danni.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e garanzie offerte

3.1. Durata delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi: (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista; (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento; (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione; (iv) al

raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età; (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Il contratto di assicurazione può essere concluso con Firma Digitale se nell'ambito del contratto di finanziamento si sia optato per tale modalità - oppure firmando di proprio pugno e rilasciando ad Agos Ducato S.p.A. la Dichiarazione di Adesione.

Si rinvia all'art. 3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3.2 Prestazioni Assicurative

La Polizza Convenzione prevede le seguenti coperture assicurative operanti per tutti gli Assicurati:

- **Copertura assicurativa per il caso Morte;**
- **Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio;**
- **Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave;**
- **Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale;**
- **Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero.**

Operatività delle coperture assicurative

La Copertura assicurativa per il caso Morte è prestata da CACI Life e le Coperture assicurative per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono prestate da Caci Non-Life.

Descrizione delle prestazioni assicurative per ciascuna copertura

Di seguito sono descritte le prestazioni assicurative relative a ciascuna copertura ed operanti per tutti gli Assicurati.

Copertura assicurativa per il caso Morte

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale, che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento del verificarsi del Sinistro. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 78.500,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 20 (Copertura assicurativa per il caso Morte) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato di grado non inferiore al 60% derivante da Infortunio, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data.**

Avvertenza: la copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, l'Indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 78.500,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 21 (Copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave

In caso di Malattia Grave, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) debito residuo in linea capitale che al momento del verificarsi del Sinistro l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) indennizzo di € 500,00.

Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni. L'indennizzo non può eccedere il massimale di Euro 79.000,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Si rinvia all'art. 22 (Copertura assicurativa per il caso Malattia Grave) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa 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, **trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Assoluta di 60 giorni. L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 2.400,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 23 (Copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero

Nel caso in cui, durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, si verifichi un Infortunio o una Malattia dalla quale derivi per l'Assicurato un Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, **trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa**, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalla Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

Avvertenza: La copertura assicurativa è soggetta a particolari limitazioni ed esclusioni. In particolare, è previsto un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. E' altresì prevista una Franchigia Relativa di 7 giorni. L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale di Euro 2.400,00 per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di n. 12 Indennizzi mensili per lo stesso Sinistro e n. 36 Indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa. Si rinvia all'art. 24 (Copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero) e all'art. 26 (Esclusioni) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

4.Premi

Le coperture assicurative offerte dalla presente Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.

La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Premio totale
0 - 84 mesi	2,32%	4,18%	6,50%
85 -144 mesi	3,73%	3,87%	7,60%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da

CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	9,74%
13-24	51,22%
25-36	40,44%
37-48	38,34%
49-60	35,15%
61-72	32,66%
73-84	29,92%
85-144	40,46%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

A titolo esemplificativo, nella seguente tabella si riporta la quota parte del Premio al netto delle imposte percepita in media dal Contraente in valore assoluto a titolo di commissione di intermediazione:

Durata	Importo	Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte del Premio totale, al netto di imposte, percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Capitale finanziato (*)
84 mesi	€ 10.000	€ 650,00	€ 640,00	€320,00	€ 10.650

(*) Importo risultante dai dati finanziari del Contratto di Finanziamento, comprensivo delle eventuali commissioni di istruttoria previste o di altri servizi aggiuntivi annoverati nel Contratto di Finanziamento.

I costi sopra indicati sono inclusi nel Premio corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento. Il Contraente percepisce inoltre ogni anno una partecipazione agli utili della Società.

Avvertenza:

in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria delle coperture assicurative e le coperture assicurative verranno estinte. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione integrale anticipata, la Società fornisce le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale a favore dell'Assicurato quale Beneficiario. Nei casi in cui siano intervenute in precedenza delle estinzioni parziali anticipate che hanno dato luogo alla restituzione della parte di Premio pagato, le coperture assicurative saranno ridotte proporzionalmente nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta.

Nei casi di estinzione parziale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società, per il tramite del Contraente, restituirà all'Assicurato la parte di Premio pagato e ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale estinta. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi

al momento dell'estinzione parziale anticipata, la Società non ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative a favore dell'Assicurato quale Beneficiario, che pertanto rimarranno invariate rispetto al periodo antecedente l'estinzione anticipata.

Si rinvia all'art.4 (Estinzione anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento) e all'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Non sono previsti a beneficio dell'Assicurato meccanismi di partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

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 di cui al precedente art. 4 sono pari al 50,00%.

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

7. Sconti

Non sono previsti sconti di Premio. Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale come specificato nell'art. 5 (Pagamento del Premio) delle Condizioni di Assicurazione. La nota informativa e le condizioni contrattuali dell'assicurazione a premio annuale che offre garanzie analoghe a quelle previste dal presente contratto, possono essere richieste al Contraente, al quale il Cliente potrà rivolgersi per ogni specifica informazione e per l'assistenza nella sottoscrizione della polizza.

8. Regime fiscale applicabile

E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicabile alla Polizza Convenzione. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza Convenzione.

8.1 Imposta sui Premi

I Premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece, in linea di principio, i Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%. Eventuali modifiche della normativa fiscale applicabile alla Polizza Convenzione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

8.2 Tassazione delle somme assicurate

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 6 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e 34 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 601, le somme corrisposte in caso di Morte o di Invalidità Permanente sono esenti dall'IRPEF. Le somme conseguite in sostituzione di redditi e le indennità conseguite, anche in forma assicurativa, a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi (esclusi quelli dipendenti da Invalidità Permanente o da Morte) costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti.

8.3 Detrazione fiscale dei Premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'Assicurato ha diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del Premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente come indicato nell'apposita documentazione che verrà inviata dalla Società. Trattandosi di polizza a Premio unico, la detrazione potrà essere effettuata – nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa – esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA CONVENZIONE

9 Modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Convenzione

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

1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
2. **per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 30.000, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione 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. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti.

Si rinvia all'art.2 (Requisiti di assicurabilità) e all'art.3 (Decorrenza e cessazione delle garanzie) delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

10. Risoluzione della Polizza Convenzione per sospensione del pagamento dei Premi

Poiché la Polizza Convenzione prevede il pagamento da parte dell'Assicurato di un Premio unico anticipato, non è prevista la facoltà di risolvere la Polizza Convenzione sospendendo il pagamento dei Premi.

11. Riscatto e Riduzione

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

12. Revoca della Proposta

La Polizza Convenzione non prevede una proposta da parte dell'Assicurato. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è sufficiente la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Diritto di Recesso dell'Assicurato

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

Resta inteso che l'Assicurato non può esercitare il diritto di recesso se ha denunciato un Sinistro durante i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di sottoscrizione delle coperture assicurative.

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

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

via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Agos Ducato S.p.A

via Bernina,7

20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società è indicata nell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. La Società provvederà ad effettuare il pagamento di quanto dovuto entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni contrattuali che regolano le singole coperture assicurative.

Si ricorda che 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 si fonda ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e del Contraente sulla circostanza che, qualora trovi applicazione quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, anche alla luce di quanto previsto dal D.P.R. 116/2007, gli importi dovuti al Beneficiario ai sensi della Polizza Convenzione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto potrebbero essere devoluti al fondo per i risparmiatori vittime di frodi finanziarie gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

15. Legislazione applicabile alla Polizza Convenzione

Alla Polizza Convenzione si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatta la Polizza Convenzione

La Polizza Convenzione viene redatta in lingua italiana.

17. Reclami e Mediazione

- 17.1. 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
- 17.2. Eventuali reclami riguardanti il comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it
- 17.3. 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.
- 17.4. **Sistemi alternativi di risoluzione delle Controversie:**
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 secondo le modalità descritte all'art. 19 - Controversie delle Condizioni di Assicurazione.
Prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, il soggetto reclamante potrà utilizzare i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla legge, ovvero:
- 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").
- In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.
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/>

18. Informativa in corso di contratto

18.1 Informazioni riguardanti la Società

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

18.2 Informazioni riguardanti la Polizza Convenzione

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.

19. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

Qualsiasi eventuale cambiamento di attività o di professione dell'Assicurato non è soggetto ad alcuna comunicazione alla Società da parte dell'Assicurato stesso.

20. Conflitto di Interessi

La Società e il Contraente appartengono allo stesso gruppo facente capo alla società francese Crédit Agricole S.A.. In ogni caso la Società si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto di interessi, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente o degli Assicurati.

CACI Life dac e CACI Non-Life dac sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale



Mary Ryan

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali delle Polizze Collettive n. “L-2010-10-06-200-2” (CACI Life dac) e n. “N-2010-10-06-200-2” (CACI Non Life dac) denominate “**COPERTO PREMIUM**” stipulate tra **AGOS DUCATO S.p.A** e **CACI** sono depositati presso le sedi delle Parti contrattuali.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 1.1. La Società si impegna, nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario la prestazione che:
- per il caso Morte, è determinata ai sensi dell'art. 20 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, è determinata ai sensi dell'art. 21 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Malattia Grave, è determinata ai sensi dell'art. 22 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Inabilità Temporanea Totale, è determinata ai sensi dell'art. 23 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
 - per il caso di Ricovero Ospedaliero, è determinata ai sensi dell'art. 24 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- 1.2. Le coperture assicurative sopra elencate sono offerte congiuntamente dalla Società e costituiscono un unico pacchetto assicurativo. I Clienti del Contraente potranno aderirvi mediante un unico atto di adesione.

ART. 2 - REQUISITI DI ASSICURABILITA' E MODALITA' DI ADESIONE

- 2.1. Prima di essere vincolato dall'adesione alla Polizza Convenzione, al Cliente sarà consegnato il presente Fascicolo Informativo, unitamente a tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente.
- 2.2. L'adesione alla Polizza Convenzione può avvenire anche mediante Firma Digitale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.
- 2.3. Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione è necessario che l'Assicurato:
1. abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
 2. **per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 30.000, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione 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. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti.
- Si specifica che, nel caso in cui il Cliente non presenti i requisiti richiesti di cui al presente art.2, tale soggetto non potrà assumere la qualifica di Assicurato, con la conseguenza che le coperture assicurative non verranno in essere.
- Per poter validamente aderire alla Polizza Convenzione non è prevista un'apposita visita medica.
- 2.4. Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti diversi, si considera Assicurato esclusivamente la persona che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, a condizione che ricorrano per tale persona le condizioni di assicurabilità di cui al precedente paragrafo. 2.3.
- 2.5. **Resta inteso che in caso di adesione avvenuta tramite Firma Digitale, i dati in forma elettronica, conservati dalla Società potranno essere opponibili all'Assicurato e potranno essere ammessi come prova della sua identità e del suo consenso all'adesione alle coperture assicurative.**

ART. 3 - DECORRENZA E CESSAZIONE DELLE GARANZIE

- 3.1. Per ciascun Assicurato le coperture assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi (la “Data di Decorrenza”):
1. la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
 2. l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio di cui al successivo art. 5.
- 3.2. Le coperture assicurative hanno una durata pari a quella del Contratto di Finanziamento e cessano di avere efficacia al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- (i) alla data di cessazione del Contratto di Finanziamento come ivi prevista;
 - (ii) in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento;
 - (iii) in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione;
 - (iv) al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 75esimo anno di età;
 - (v) al pagamento del capitale assicurato a seguito di indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Grave.

Resta inteso che in caso di estinzione integrale anticipata del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto

alla scadenza originaria. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale. In alternativa, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative espressa per iscritto da formularsi al momento dell'estinzione anticipata, la Società fornirà le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione fino alla scadenza contrattuale in favore del Beneficiario secondo il piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

ART. 4 - ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO OGGETTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative di cui alla Polizza Convenzione cessano di avere efficacia.

La Società restituirà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, l'importo (R1 + R2 - X) a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto. Tale restituzione avverrà tramite detrazione della parte di Premio non goduto da quanto dovuto dall'Assicurato al Contraente al momento della richiesta di estinzione integrale anticipata.

Il calcolo dell'importo (R1 + R2 - X) che verrà restituito all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto avverrà applicando le seguenti formule:

- $R1 = P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1))$
- $R2 = P3 \times (N-K)/N$

dove:

N= Durata complessiva della copertura (espressa in mesi interi)

K= Mese in corso (numero di mesi scaduti)

N-K= Durata residua

Tali durate sono da riferirsi al piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale

- X= € 25,00 che la Società tratterrà dall'importo dovuto (R1 + R2) a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio; qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Il Premio originariamente corrisposto dall'Assicurato e finanziato tramite il Contratto di Finanziamento si compone di

Premio totale = P1 + P2 + P3 + imposte

dove:

P1= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di rata

P2= quota parte di premio puro (al netto imposte) relativa alle garanzie di capitale

P3= quota parte di Premio (al netto imposte) percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione

Per premio puro si intende la parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione.

Di seguito sono riportate le percentuali da applicare al Premio al netto delle imposte ai fini del calcolo dell'importo da restituire all'Assicurato e corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto.

Durata del Finanziamento	Premio puro (P1+P2): quota parte di Premio (al netto di imposte) al netto della quota parte percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione	Quota parte di Premio al netto di imposte in percentuale percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di rata: Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero (P1)	Quota parte di premio puro relativo alle garanzie di capitale: Morte, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave (P2)
0-84 mesi	50%	50%	52,34%	47,66%
85-144 mesi	50%	50%	41,01%	58,99%

Di seguito si riporta un esempio calcolato su una durata complessiva del Contratto di Finanziamento pari a 48 mesi, importo €10.000,00, estinzione anticipata integrale avvenuta dopo 24 mesi dall'adesione:

Premio totale	Premio totale al netto di imposte	Quota parte di Premio al netto di imposte in valore assoluto percepita dal Contraente a titolo di commissioni di intermediazione (P3)	Premio puro (P1+P2)*	P1	P2
€ 650,00	€ 640,00	€ 320,00	€ 320,00	€ 167,49	€ 152,51

- $R1 = €(320 \times 52,34\%) \times (48-24)/48 + €(320 \times 47,66\%) \times ((48-24) \times (48-24+1))/(48 \times (48+1)) = €121,87$
- $R2 = €320 \times (48-24)/48 = €160$
- $R1+R2 = €281,87$
- $X = €25$
- Importo corrisposto all'Assicurato a titolo di parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto $(R1+R2 - X) = €256,87$

In alternativa al rimborso del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di mantenere le coperture assicurative, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata integrale del Contratto di Finanziamento, fornirà le coperture assicurative in favore del Beneficiario fino alla scadenza contrattuale prevista precedentemente all'estinzione anticipata integrale. Ai fini della determinazione della prestazione assicurativa che sarà corrisposta dalla Società al Beneficiario, l'ammontare del debito residuo e della rata mensile saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento in essere al momento dell'estinzione anticipata integrale.

In caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento avvenuta nei primi 60 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Convenzione, il Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto sarà equiparato a quello conseguente all'esercizio del diritto di recesso secondo quanto previsto nell'art. 13 (Diritto di Recesso).

In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate nella misura corrispondente alla quota rimborsata di capitale. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = \text{Rimborso Premio Totale} * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

Dove:

Capitale Rimborsato: quota parte del capitale finanziato rimborsato dall'Assicurato

Debito Residuo: debito residuo dell'Assicurato al momento dell'estinzione anticipata parziale del finanziamento.

Rimborso Premio Totale = rimborso dovuto all'Assicurato in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento (R1 + R2). Tale importo viene poi moltiplicato per il coefficiente di riproporzionamento del debito residuo

$$\text{Rimborso Premio Parziale} = (P1 \times (N-K)/N + P2 \times ((N-K) \times (N-K+1))/(N \times (N+1)) + P3 \times (N-K)/N) * \text{Capitale Rimborsato/Debito Residuo}$$

La Società tratterà dall'importo dovuto (Rimborso Premio Parziale) € 25,00 a titolo di spese amministrative sostenute per il rimborso del premio. Qualora l'importo dovuto (R1 + R2) risultasse inferiore a € 25,00 nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Riprendendo l'esempio precedente, in caso di estinzione parziale pari a € 2.000 dopo 24 mesi dall'adesione, l'importo del rimborso parziale sarà così calcolato:

Capitale finanziato	Rimborso premio totale (R1+R2)	Capitale rimborsato	Debito residuo dopo 24 mesi dall'adesione *
€ 10.650	€ 281,87	€ 2.000,00	€ 5.811,52

(*) calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%

Calcolo premio parziale non goduto = € 281,87 * (2 000/5.811,52)
 Importo corrisposto all'assicurato: € 96,99 – € 25= € 71,99

A seguito di estinzione anticipata parziale, in alternativa al rimborso parziale del Premio, la Società, su richiesta dell'Assicurato di non procedere alla restituzione della parte di premio pagato, espressa per iscritto da formularsi al momento della richiesta di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, corrisponderà al Beneficiario, in caso di Sinistro, un indennizzo pari all'ammontare del debito residuo o delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento in essere prima dell'estinzione anticipata parziale, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà calcolato in base al piano di ammortamento in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali.

In caso di estinzioni anticipate parziali successive alla prima o di estinzione totale che segue precedenti estinzioni parziali, il debito residuo risultante dal piano di ammortamento in essere a tale data verrà conseguentemente riproporzionato in ragione delle riduzioni che lo stesso ha registrato per effetto delle precedenti estinzioni anticipate parziali intervenute e lo stesso avviene per le diverse componenti del premio, come segue:

P1 riproporzionato = P1 * (1-Capitale Rimborsato/Debito residuo)
 P2 riproporzionato = P2 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)
 P3 riproporzionato = P3 * (1-Capitale Rimborsato /Debito residuo)

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO

- 5.1. Le coperture assicurative offerte dalla Polizza Convenzione vengono prestate dietro pagamento in via anticipata da parte dell'Assicurato di un Premio unico, comprensivo delle eventuali imposte, versato per il tramite del Contraente al momento dell'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento il cui importo è indicato nella Dichiarazione di Adesione.
- 5.2. La determinazione del Premio avviene moltiplicando il tasso corrispondente alla relativa fascia di durata del Contratto di Finanziamento per il capitale iniziale del finanziamento richiesto.

Di seguito si riportano le fasce di durata e i relativi tassi necessari ai fini della determinazione del Premio:

Durata del Finanziamento	Componente Vita (garanzia Morte) imposte pari allo 0%	Componente Danni (garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) imposte pari al 2,5%	Tasso di premio lordo Totale
0-84 mesi	2,32%	4,18%	6,50%
85-144 mesi	3,73%	3,87%	7,60%

Se le coperture assicurative sono stipulate per una durata poliennale, alla componente danni relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero offerte da CACI Non-Life, è applicata una riduzione rispetto alla componente danni della tariffa del prodotto annuale di riferimento nella misura di quanto indicato nella seguente tabella:

Durata (in mesi)	Sconto%
0 -12	9,74%
13-24	51,22%
25-36	40,44%
37-48	38,34%
49-60	35,15%
61-72	32,66%
73-84	29,92%
85-144	40,46%

I costi a carico dell'Assicurato relativi alla gestione della Polizza Convenzione, calcolati sul Premio (al netto delle Imposte) e già inclusi nel tasso di Premio sopra indicato sono pari al 50,00%.

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

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

ART. 6 - DENUNCIA DEI SINISTRI

6.1. In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto al Contraente e potranno richiedere informazioni al seguente numero:

02/6994.3001

6.2. La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata al Contraente con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, mediante trasmissione a:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7
20158 Milano

6.3. Unitamente alla denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare al Contraente la seguente documentazione:

Per la copertura assicurativa per il caso Morte:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- certificato di morte;
- questionario medico o relazione che attesti le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali degenze dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (Modulo ISTAT D4).

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

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

Per la copertura assicurativa per il caso Invalidità Totale e Permanente da Infortunio:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
 - questionario del medico che attesti le cause dell'Invalidità;
 - verbale rilasciato dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile o, in difetto, la relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, il suo grado e la causa;
- nel caso in cui l'invalidità totale permanente sia dovuta ad un evento violento:
- eventuale copia del verbale rilasciato dall'autorità competente intervenuta al momento del Sinistro;
 - eventuale verbale di Pronto Soccorso.

Per la copertura assicurativa per il caso Malattia Grave:

- eventuale copia di un documento di identità dell'avente causa;
- questionario medico che attesti la diagnosi di Malattia Grave ed eventuale documentazione medica necessaria.

Per la copertura assicurativa per il caso Inabilità Temporanea Totale:

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

Per la copertura assicurativa per il caso Ricovero Ospedaliero:

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

Eventuali documenti aggiuntivi

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

6.4. In seguito al pagamento di un Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, 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 sono tenuti, in aggiunta all'invio al Contraente dell'avviso scritto di Sinistro con le modalità di cui ai precedenti paragrafi 6.1 e 6.2, ad inviare al Contraente la documentazione relativa alla continuazione del Sinistro con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 6.2, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurare del diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

6.5. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riquilificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.**

ART. 7 - 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 e cura e responsabilità della Società.

ART. 8 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

Le eventuali modifiche alla presente Polizza Convenzione o a ciascuna delle coperture assicurative ivi previste devono essere provate per iscritto.

ART. 9 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 10 - LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 11 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod.civ..

ART. 12 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che la copertura assicurativa può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 13 - DIRITTO DI RECESSO

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

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

La comunicazione di recesso deve essere inviata a:

- **CACI Life dac e CACI Non-Life dac** (a seconda della copertura assicurativa cui l'Assicurato ha aderito) via fax al seguente numero: 0035 31 603 96 49;

ovvero

- al Contraente mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

AGOS DUCATO S.p.A.

Via Bernina 7
20158 Milano

Il recesso ha effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il Premio, se pagato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato ovvero potrà essere restituito all'Assicurato sotto forma di maggiore erogato.

E' altresì previsto che l'Assicurato possa recedere annualmente dalla polizza ed ottenere un rimborso parziale del suo Premio assicurativo secondo le disposizioni di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, mediante comunicazione da inviare alla Società e al Contraente con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

ART. 14 - DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 15 - COMUNICAZIONI, RECLAMI E MEDIAZIONE

- 15.1. 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.
- 15.2. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:
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
- 15.3. Eventuali reclami relativi al comportamento del Contraente dovranno essere inoltrati per iscritto direttamente a:
Agos Ducato S.p.A.
Gestione Reclami
Via Bernina, 7
20158 Milano
E-mail: info@pec.agosducato.it

15.4. 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.

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

- 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").

In ogni caso, prima di esercitare un'azione giudiziale relativa a una controversia in materia di contratti assicurativi è preliminarmente necessario esperire l'obbligatoria procedura di mediazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010. 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 ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente a conoscere la vertenza.

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. 16 - COLPA GRAVE, TUMULTI

16.1. In deroga all'art. 1900 cod. civ., le coperture assicurative si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

16.2. In deroga all'art. 1912 cod. civ., la copertura assicurativa per il rischio Inabilità Temporanea Totale si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 17 - 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 presente Polizza Convenzione.

ART. 18 - 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.

ART. 19 - CONTROVERSIE

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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 20 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE:

In caso di Morte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere, al momento del verificarsi del Sinistro. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 78.500,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 78.500,00. La presente copertura assicurativa non contempla la possibilità di riscatto delle somme assicurate.

ART. 21 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO:

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato derivante da Infortunio, di grado non inferiore al 60% intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, accertata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30/6/65 n°1124 e successive modificazioni ed integrazioni, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una somma pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve ancora corrispondere ai sensi del piano di rimborso in essere al momento dell'accertamento dell'invalidità. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 78.500,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 78.500,00.

ART. 22 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MALATTIA GRAVE:

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato, intervenuta durante il periodo di efficacia della relativa copertura assicurativa, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) debito residuo in linea capitale che al momento del verificarsi del Sinistro l'Assicurato deve ancora corrispondere secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) indennizzo di € 500,00.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di una parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato al debito residuo risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. **Non sarà indennizzato l'ammontare delle rate scadute e non pagate a tale data.** L'indennizzo non può eccedere il massimale di **Euro 79.000,00** per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente. Nel caso in cui l'importo finanziato su una o più operazioni di finanziamento assicurate sia superiore a detto importo, il capitale liquidabile viene comunque limitato a Euro 79.000,00.

Sono considerati indennizzabili i sinistri derivanti dalle seguenti Malattie Gravi: **Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla copertura vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). **Chirurgia cardiovascolare** - Cardiopatia

coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico. **Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci. **Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza. **Insufficienza renale** - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica. **Trapianto d'organo** - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 23 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO INABILITA' 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 Totale Temporanea medicalmente accertata a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana per l'Assicurato che sia non lavoratore, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 60 giorni di Franchigia Assoluta, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per la sola Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.400,00**. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 24 - COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO RICOVERO OSPEDALIERO:

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 Ricovero Ospedaliero, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, trascorsi 7 giorni di Franchigia Relativa, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini previsti dalle Polizza Convenzione, un indennizzo pari alla somma dei seguenti importi:

- a) ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data;
- b) 20% dell'ammontare delle rate mensili dovute dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di rimborso in essere a tale data.

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni per il solo Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia. In caso di estinzione parziale del finanziamento, che non ha dato luogo, su richiesta dell'Assicurato formulata per iscritto, alla restituzione di parte del Premio, l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tale estinzione, ad eccezione del caso in cui siano intervenute in precedenza altre estinzioni anticipate parziali per le quali sia stato richiesto espressamente il mantenimento della copertura da piano di ammortamento precedente; in tal caso l'indennizzo sarà commisurato alla rata risultante dal piano di rimborso in essere prima di tali estinzioni anticipate parziali. Si precisa inoltre che l'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale di **Euro 2.400,00**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è tenuta ad effettuare è di 12 Indennizzi per lo stesso sinistro e 36 Indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 25 - MASSIMALI

- 25.1. L'indennizzo non potrà superare il massimale di:
 - € 78.500,00 in caso di Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio;
 - € 79.000,00 in caso di Malattia Grave;
 - € 2.400,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.
- 25.2. I massimali sopra descritti sono da intendersi per l'insieme dei finanziamenti che l'Assicurato ha in essere con il Contraente.

- 25.3. Nessun Indennizzo per Morte sarà corrisposto al Beneficiario qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o per Malattia Grave.
- 25.4. Nessun Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio sarà corrisposto all'Assicurato qualora la Società abbia corrisposto importi a titolo di Indennizzo per Malattia Grave o viceversa.
- 25.5. Nessun Indennizzo per il caso Inabilità Temporanea Totale sarà corrisposto se l'Assicurato abbia già ottenuto n. 36 indennizzi mensili per il caso Ricovero Ospedaliero o viceversa.
In nessun caso la Società sarà tenuta a corrispondere per i casi di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero più di n. 12 indennizzi per lo stesso sinistro e n. 36 indennizzi nel corso dell'intera durata della copertura assicurativa

ART. 26 - ESCLUSIONI

ESCLUSIONI GENERALI

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL CASO MORTE:

1. dolo dell'Assicurato;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, tumulti popolari;
4. 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 e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
5. uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
6. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
7. suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato se avvenuti nei 12 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
8. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
9. alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge, uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
10. pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO:

1. Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Infortuni causati all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. Infortuni causati da sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
5. Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
6. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
7. 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 dell'Assicurazione;
8. conseguenze di Infortuni avvenuti antecedentemente alla Data di Decorrenza della copertura e/o già noti e/o diagnosticati in tale data all'Assicurato;
9. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici);
10. Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - 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;
 - partecipazioni a gare o relative prove, con qualunque mezzo a motore;
 - guida di natanti a motore per uso non privato;
 - 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;
- 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, sport aerei in genere.

SONO ESPRESSAMENTE ESCLUSI PER LE COPERTURE ASSICURATIVE MALATTIA GRAVE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA E RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA:

1. Malattie causate da atti volontari di autolesionismo o tentato suicidio dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
2. Malattie causate all'Assicurato da alcoolismo, stato di ebbrezza alcoolica a termine di legge uso di allucinogeni, stupefacenti, sostanze psicotrope e/o di psicofarmaci a dosaggio non terapeutico;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
4. Malattie causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X,);
5. eventi determinati o correlati ad infermità mentale;
6. 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 dell'Assicurazione;
7. mal di schiena e dolori osteoarticolari (salvo che siano correlati ad eventi verificatisi successivamente alla stipula della polizza e accertati tramite indagini strumentali e accertamenti specialistici).

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER I CONTRATTI DI FINANZIAMENTO DI IMPORTO SUPERIORE A 30.000 EURO

Le coperture assicurative assunte con Questionario Sanitario, per i Contratti di Finanziamento di importo superiore a € 30.000, in aggiunta alle Esclusioni Generali 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 sia prima della Data di Decorrenza sia 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.

Valutazione di adeguatezza

Nel rispetto della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa (Regolamento IVASS n.5/2006 e sue successive modifiche ed integrazioni) il Contraente ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare l'adeguatezza del prodotto proposto al Cliente tramite compilazione dell'apposito questionario.

“Tutela Privacy ”
Informativa ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

Finalità del trattamento dei dati

CACI Life dac e CACI Non-Life dac (ciascuna la “**Società**”), al fine di fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, deve disporre dei Suoi dati personali – compresi eventualmente anche quelli sensibili – e si impegna a trattarli esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati

Ciascuna Società, senza i Suoi dati, non potrà fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi.

Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati da parte di ciascuna Società consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione con modalità e procedure informatiche e telematiche; dal trattamento dei dati, ciascuna Società esclude sempre la diffusione dei dati e limita la comunicazione ai soggetti di cui al terzo capoverso del presente paragrafo.

I dati sono trattati da tutti i dipendenti/collaboratori di ciascuna Società e dalle società del gruppo Crédit Agricole che svolgono compiti di natura tecnico-organizzativa, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo “ Finalità del trattamento dei dati”.

I dati trattati da ciascuna Società, potranno essere comunicati ad altri soggetti e da questi trattati esclusivamente:

- a. per le finalità di cui al paragrafo “Finalità del trattamento dei dati” (a mero titolo esemplificativo a: società del gruppo Crédit Agricole, intermediari assicurativi e loro collaboratori, coassicuratori, riassicuratori, avvocati, medici, periti, organismi associativi di settore e soggetti coinvolti nel processo di valutazione del rischio etc.);
- b. per ottemperare ad obblighi di legge (a mero titolo esemplificativo a: IVASS, CONSAP, COVIP, MOTORIZZAZIONE, AUTORITA' GIUDIZIARIA etc.).

Diritti dell'interessato

L'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti) del Decreto Legislativo 196/03 (il “**Codice Privacy**”) Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali, anche se non ancora registrati, l'indicazione dell'origine dei Suoi dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati e, in caso di violazione di legge, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi nonché il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi dati per motivi legittimi o per l'utilizzo di tali dati a fini commerciali.

Titolare e responsabile/i del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono CACI Life dac e CACI Non-Life dac, ciascuna con sede in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

Per ottenere ulteriori informazioni in relazione all'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, può rivolgersi a CACI Life dac, in persona del Capo del Dipartimento Amministrativo, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dati clienti e marketing, domiciliato per la funzione presso la sede della Società in Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublino 2, Irlanda.

3. GLOSSARIO

- **Assicurato:** indica il Cliente persona fisica che ha validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** indica l'Assicurato. Limitatamente alla copertura assicurativa per il caso Morte indica il coobbligato del contratto di finanziamento se presente, il coniuge dell'Assicurato (non separato da certificato di matrimonio) se presente, e/o gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, o altro beneficiario designato nel rispetto delle norme di legge e di regolamento vigenti.
- **Cliente:** indica qualunque persona fisica che abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con Agos Ducato S.p.A. e che abbia validamente aderito alla Polizza Convenzione facoltativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.
- **Contraente:** indica Agos Ducato S.p.A, con sede legale in Via Bernina 7 - Milano, che stipula la presente Polizza Convenzione per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** indica il contratto di finanziamento finalizzato all'acquisto, in via esemplificativa e non esaustiva, di arredamento e beni di consumo, di moto, auto, camper e nautica con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma di importo massimo pari ad Euro 78.500,00, che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata massima pari a 144 mesi, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della Polizza Convenzione.
- **Data di Decorrenza:** indica le ore 24 del giorno in cui si verifica il secondo dei seguenti eventi: (i) la sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione; ovvero (ii) l'erogazione del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, sempre che sia stato pagato il Premio.
- **Dichiarazione di Adesione:** indica la dichiarazione con la quale si richiede l'adesione alla presente Polizza Convenzione facoltativamente sottoscritta dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento.
- **Fascicolo Informativo:** indica la documentazione (comprensiva di Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e facsimile della Dichiarazione di Adesione) predisposta dalla Società ai sensi degli artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010, che deve essere consegnata dal Contraente all'Assicurato prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione.
- **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 totale temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa o, per l'Assicurato che sia non lavoratore, alle normali mansioni attinenti alla vita quotidiana.
- **Indennizzo:** indica 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.
- **Infocert:** 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 Agos Ducato S.p.A. per la certificazione della Firma Digitale.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** indica la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato dovuta ad Infortunio indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. La garanzia è concessa all'Assicurato che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza.
- **Istituto di Cura:** indica ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **Malattia:** indica l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

- **Malattia Grave:** indica i casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comportino un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un Trapianto d'Organo, come meglio specificato all'art. 22 delle Condizioni di assicurazione.
- **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 le prestazioni per Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero non sono efficaci.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** indica il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, durante il quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi il Ricovero Ospedaliero indennizzabile ai termini di Polizza affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** indica il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero 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 o Ricovero Ospedaliero.
- **Polizza Convenzione:** indica ciascuna delle polizze collettive sottoscritte tra la Società e il Contraente identificate nella Nota Informativa.
- **Premio:** indica la somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, indicata nella Dichiarazione di Adesione, dovuta alla Società a fronte delle coperture assicurative.
- **Questionario Sanitario:** indica il documento predisposto dalla Società per accertare lo stato di salute dell'assicurando che sottoscrive un Contratto di Finanziamento di importo superiore a € 30.000.
- **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.
- **Sinistro:** indica il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
- **Società:** indica in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso Morte, CACI Life dac; in relazione all'adesione alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero si intende CACI Non-Life dac.

4. DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA COPERTO PREMIUM
POLIZZE COLLETTIVE N. "L- 2010- 10- 06- 200-2" (CACI LIFE DAC) E N. "N- 2010- 10- 06- 200-2" (CACI NON-LIFE DAC) (DI SEGUITO LA "POLIZZA")

Il sottoscrittonato ail

e residente a, Via/Piazza CAP.....

Cod. FiscaleProfessione

Documento(tipo/numero) in qualità di intestatario del Finanziamento n°accesso

presso Agos Ducato S.p.A .

L'importo del premio è pari a € _____ ; la quota parte relativa ai costi di intermediazione è pari a € _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- **dichiara** di aderire alla Polizza facoltativa indicata, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Compagnie e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione anticipata integrale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento, le coperture assicurative cessano di avere efficacia e in tal caso la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione e che tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara** di essere a conoscenza che, in caso di estinzione parziale del finanziamento oggetto del Contratto di Finanziamento che ha dato luogo alla restituzione della parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nelle Condizioni di Assicurazione, la Società restituirà all'Assicurato per il tramite del Contraente la parte di Premio pagato, ridurrà proporzionalmente le coperture assicurative nella misura corrispondente alla quota di capitale rimborsata e tratterrà dall'importo dovuto € 25,00 a titolo spese amministrative sostenute per la gestione del rimborso del premio;
- **dichiara di essere a conoscenza che la sottoscrizione della Polizza, per Contratti di Finanziamento superiori a €30.000, è subordinata ad aver compilato il Questionario Sanitario in modo veritiero e ad aver fornito risposta negativa a tutte le domande in esso contenute;**
- **dichiara** di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Dichiarazione di Adesione sono complete ed esatte;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento;
- **dichiara** di autorizzare i direttori di cliniche, ospedali, case di cura, enti mutualistici, medici liberi professionisti o dipendenti da enti che possano averlo curato o semplicemente visitato (ai quali CACI Life dac e CACI Non-Life dac possano in qualsiasi momento rivolgersi), a rilasciare documenti o informazioni riguardanti proprio stato di salute, liberandoli dall'obbligo a mantenere il segreto professionale in proposito;
- **dichiara** di prestare il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 c.c.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Art.2-Requisiti di Assicurabilità e modalità di adesione; Art.3-Decorrenza e cessazione delle garanzie; Art.6 -Denuncia dei sinistri; Art.11 -Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Art.13 -Diritto di recesso; Art.17 -Cessione dei diritti; Art.19 -Controversie; Art.25 -Massimali; Art.26 -Esclusioni.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

Si rammenta all'Assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Società e al Contraente di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. **il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:**

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto.**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione della informativa "Tutela Privacy" dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita dalla Società e da Agos Ducato, di cui alle Condizioni di Assicurazione e alla Informativa Privacy del Contratto di Finanziamento.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla Società, ad Agos Ducato e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza Convenzione nonché per il trasferimento all'estero dei suddetti dati, ivi compresi dati sensibili, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

La Società e Agos Ducato si impegnano a trattare i dati personali e sensibili dell'Assicurato esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14

TITOLARE EFFETTIVO

Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)

"1) La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

QUESTIONARIO SANITARIO
DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE PER IMPORTI SUPERIORI A €30.000

Le risposte alle seguenti domande sono obbligatorie e devono essere fornite dall'Assicurando ai fini della sottoscrizione del contratto. Il contratto puo' essere sottoscritto solo in caso di risposta "NO" a tutte le seguenti domande:

1. Negli ultimi 5 anni, le è stata diagnosticata oppure è in cura per una delle seguenti malattie?
- MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-VASCOLARE SI NO
 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO SI NO
 - MALATTIE NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE SI NO
 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE SI NO
 - MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE SI NO
 - MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE SI NO
 - MALATTIE OSTEOARTICOLARI SI NO
 - MALATTIE DEL SANGUE SI NO
 - MALATTIE TUMORALI SI NO
 - MALATTIE IMMUNOPATOLOGICHE SI NO
2. Ha mai subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni per patologie neurologiche, cardio-circolatorie, respiratorie, gastroenteriche, nefro-urinarie? SI NO
3. Presenta postumi invalidanti che riducano l'integrità psico-fisica e/o è titolare di una pensione di invalidità civile/previdenziale/INAIL e/o ha fatto domanda per ottenerla? SI NO
4. E' sotto trattamento medico o farmacologico da piu' di 30 giorni consecutivi? SI NO

IMPORTANTE

Le coperture assicurative non includono i pagamenti per sinistri causati da patologie diagnosticate sia prima della sottoscrizione della Polizza Convenzione, sia nei 30 giorni successivi.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

AVVERTENZE:

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di CACI Life dac & CACI Non-Life dac, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Prima della sottoscrizione del "Questionario Sanitario" il Cliente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa contenute. Il Cliente ha il diritto di non sottoscrivere il presente "Questionario Sanitario" e di richiedere a CACI Life dac & CACI Non-Life dac di potersi sottoporre - con costi a suo carico - a visita medica per certificare il proprio stato di salute al fine di ottenere eventuale diverso prodotto assicurativo. CACI Life dac & CACI Non-Life dac si riservano il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame della documentazione sanitaria prodotta dal Cliente.

DICHIARAZIONI:

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date contenute nel presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto od omesso di comunicare alcuna circostanza rilevante circa le mie condizioni mediche. Sono a conoscenza del fatto che le informazioni e i dati richiesti sono elementi fondamentali ai fini della valutazione da parte della CACI Life dac & CACI Non-Life dac dei rischi in relazione alla polizza convenzione cui il sottoscritto intende aderire.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

PROFILO AGOS

DA SEMPRE AI VERTICI IN ITALIA

Per storia, esperienza e numeri, Agos dal 1987 è una società leader nel mercato del credito ai consumatori in Italia.

GRANDI BANCHE ALLE SPALLE

Il capitale azionario fa capo a due grandi Gruppi Bancari: Crédit Agricole, attraverso Crédit Agricole Consumer Finance, e Banco BPM.

MILIONI DI CLIENTI SODDISFATTI

Agos conta, ad oggi, 9 milioni di clienti e il nostro costante monitoraggio del mercato ha registrato un livello di soddisfazione superiore al 90% (IPSOS - Customer Satisfaction, dicembre 2015). Attraverso una rete distributiva di circa 230 unità commerciali e migliaia di punti vendita convenzionati in tutti i settori merceologici, ogni 10 secondi in Italia viene chiesto un finanziamento ad Agos.

LEADER PER QUALITÀ E SERVIZI

Una recente indagine condotta sulle famiglie italiane dall'Istituto Tedesco Qualità e Finanza, ha eletto Agos come migliore Società Finanziaria anche per il 2016. L'azienda si è classificata prima in tutti i comparti relativi all'Offerta prodotti, Assistenza clienti, Online e app, Innovazione e Cessione del quinto.

Inoltre, Agos ha ottenuto la Valutazione Top in Comunicazione con i clienti e Rapporto qualità-prezzo e nella classifica quantitativa per Condizioni prestiti e Condizioni revolving.