

CRÉDIT AGRICOLE VITA
PROTEZIONE *F* **AMIGLIA PIÙ**

Contratto di Assicurazione temporanea per il caso di morte
e per malattie gravi a capitale costante e premi annui ricorrenti variabili
(codice tariffa 173)

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- la Nota Informativa,
- le Condizioni Contrattuali,
- il Glossario,
- la Scheda Copertura.

deve essere consegnato al Contraente-Assicurato prima della sottoscrizione della Scheda Copertura.

I prodotti Crédit Agricole Vita sono distribuiti da:



appartenente al Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia



appartenente al Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia



Capogruppo del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia



Crédit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale

Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023

Sede Amministrativa: Via Imperia, 35 - 20142 Milano - Tel.02 72171311 - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it

Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P.IVA 01966110346 - Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G.U. del 29/06/90)

Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00090 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente-Assicurato deve prendere visione delle Condizioni Contrattuali prima della sottoscrizione della Polizza.

Essa ha lo scopo di fornire al Contraente-Assicurato, prima della stipulazione del contratto, una corretta e completa informazione in merito alle caratteristiche dell'assicurazione.

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 E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Sezione A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

L'impresa di assicurazione è Crédit Agricole Vita S.p.A., Società Unipersonale (di seguito "Società"), Società di nazionalità Italiana interamente partecipata da Crédit Agricole Assurances S.A.; la durata della Società è fissata fino al 31/12/2100 e la chiusura dell'esercizio sociale è stabilita al 31 dicembre di ogni anno.

La Sede Legale e Direzione Generale sono in Italia, in via Università 1 - 43121 Parma.

La Sede Amministrativa è in Via Imperia, 35 - 20142 Milano

Crédit Agricole Vita S.p.A. può essere contattata:

- telefonicamente al numero: +39 0521 912018 (sede legale e direzione generale)
- +39 02 72171311 (sede amministrativa)

A mezzo posta elettronica agli indirizzi:
PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it; oppure informazioni@ca-vita.it
Il sito internet è www.ca-vita.it

La Società esercita i seguenti rami:

- I - Assicurazioni sulla durata della vita umana
- III - Le assicurazioni, di cui ai rami I e II, le cui prestazioni principali sono direttamente collegate al valore di quote di organismi di investimento collettivo del risparmio o di fondi interni ovvero a indici o ad altri valori di riferimento
- IV - Assicurazioni malattia e assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza
- V - Le operazioni di capitalizzazione
- VI - Le operazioni di gestione di fondi collettivi costituiti per l'erogazione di prestazioni in caso di morte, in caso di vita o in caso di cessazione o riduzione dell'attività lavorativa.

2. INFORMAZIONE SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

L'ammontare del patrimonio netto è pari a 449,34 milioni in Euro.
La parte relativa al capitale sociale è pari a 236,35 milioni in Euro.
Il totale delle Riserve patrimoniali è pari a 143,00 milioni in Euro.
L'indice di Solvibilità della Società è pari a 135,1%
I dati sono relativi al Bilancio del 31/12/2017.

Crédit Agricole Vita S.p.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G.U. n. 150 del 29/6/90) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni n. 1.00090.

La revisione contabile è affidata agli uffici della PricewaterhouseCoopers S.p.A. che ha sede legale in Via Monte Rosa 91 - 20149 Milano, Italia.

Sezione B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE, SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Il contratto qui descritto è una assicurazione temporanea a premi annui ricorrenti variabili che include le seguenti garanzie:

- garanzia per il caso di morte
- garanzia Malattie Gravi (c.d. garanzia Dread Disease).

Garanzia per il caso di morte

Il contratto prevede, in caso di decesso del Contraente-Assicurato nel corso del periodo di copertura, l'erogazione a favore dei Beneficiari del capitale in caso di morte assicurato in polizza.

È inoltre prevista una garanzia per il caso di morte da infortunio per effetto della quale:

- nel caso in cui il decesso del Contraente- Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne (“morte da infortunio”), la Società si impegna a pagare due volte il capitale assicurato;
- nel caso in cui il decesso sia conseguenza di un incidente stradale (“morte da infortunio stradale”), la Società si impegna a pagare tre volte il capitale assicurato.

Si rimanda alle Condizioni Contrattuali per una descrizione dettagliata delle prestazioni previste dalla garanzia per il caso di morte e morte da infortunio si rimanda alle Condizioni Contrattuali (Art. 1 della SEZIONE II).

Garanzia malattie gravi (“dread disease”)

La garanzia Dread Disease prevede il pagamento di una prestazione in via aggiuntiva rispetto a quello della garanzia temporanea caso morte, al verificarsi di una delle seguenti malattie:

- Cancro
- SLA

Si rimanda alle Condizioni Contrattuali per la descrizione delle suddette malattie (Art. 5 della SEZIONE II) nonché per una descrizione dettagliata delle prestazioni previste dalla Garanzia Dread Disease (Art. 1 della SEZIONE II).

Alla sottoscrizione del contratto, il Contraente-Assicurato deve aver raggiunto la maggiore età e non deve aver superato l'età assicurativa di 75 anni per la garanzia Temporanea caso morte e 65 anni per la garanzia Dread Disease. Oltre il compimento del 66-esimo anno di età la garanzia Dread Disease non è più operante, pertanto rimane in vigore unicamente la garanzia Temporanea caso morte.

L'età assicurativa si esprime in anni interi e corrisponde:

- all'età compiuta dal Contraente-Assicurato alla data di decorrenza, se a tale data non sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno;
- all'età da compiere, se a tale data sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno.

L'importo del capitale assicurato non può essere inferiore a 5.000 euro e superiore a 100.000 euro; il capitale assicurato è il medesimo sia per la garanzia morte che per la garanzia malattia grave. Il cliente può scegliere *tranches* fisse di prestazioni assicurate che variano per multipli di 5.000 euro.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle clausole di esclusioni e limitazioni di cui all'Art. 2 della SEZIONE II delle Condizioni Contrattuali. Si richiama inoltre l'attenzione alle clausole di carenza di cui alla SEZIONE III delle Condizioni Contrattuali.

Il contratto non prevede il riscatto della prestazione assicurata.

Il rischio viene accettato dalla Società con riferimento all'ammontare del capitale da assicurare, all'età del Contraente-Assicurato alla decorrenza e alle attività professionali e/o sportive praticate. Gli accertamenti sullo stato di salute richiesti consistono nella sottoscrizione di questionari differenziati per età del Contraente-Assicurato alla stipula del contratto.

Il contratto qui descritto viene emesso dalla Società a condizione che il rischio, preventivamente valutato, sia stato dalla Stessa accettato. Per la preventiva valutazione del rischio la Società ha il diritto di acquisire tutte le informazioni sulle abitudini di vita (attività professionale e sportiva, situazione patrimoniale) e sullo stato di salute del Contraente-Assicurato ritenute necessarie, eventualmente richiedendo ulteriore documentazione medica. Il costo per eventuali accertamenti sanitari o per la produzione di qualsivoglia documento richiesto dalla Società è a carico del Contraente-Assicurato.

Per informazioni dettagliate sugli accertamenti sanitari e i criteri assuntivi si rimanda all'Allegato 1.

Si richiama l'attenzione del Contraente-Assicurato sulla necessità di leggere le DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO contenute nella Scheda Copertura, relative all'importanza delle dichiarazioni rese alla Società per la conclusione del contratto.

4. PREMI

Il premio annuo ricorrente dovuto per la garanzia per il caso di morte e morte da infortunio e per la garanzia malattie gravi, viene corrisposto in via anticipata alla data di stipulazione del contratto e ad ogni successiva scadenza annuale o mensile e comunque non oltre il decesso del Contraente-Assicurato.

Il **premio dovuto per la garanzia morte e morte da infortunio** è determinato a ciascuna ricorrenza annuale in funzione dell'età assicurativa raggiunta dall'assicurato ed è dovuto fino al compimento del 75° anno di età del Contraente-Assicurato; infatti, a partire dal 76°-esimo anno di età del Contraente-Assicurato la garanzia temporanea caso morte e morte da infortunio non ha più efficacia.

Il **premio dovuto per la garanzia malattie gravi** è determinato a ciascuna ricorrenza annuale in funzione dell'età assicurativa raggiunta dall'assicurato ed è dovuto fino al compimento del 65°-esimo anno di età da parte del Contraente-Assicurato; infatti, a partire dal 66°-esimo anno di età del Contraente-Assicurato la garanzia malattie gravi non ha più efficacia. Il premio sarà pagato fino a che la Società, una volta ricevuta la denuncia della malattia grave da parte del Contraente-Assicurato, non ne accerti l'effettiva diagnosi e comunque non oltre il decesso di quest'ultimo.

L'entità del premio annuo ricorrente dipende dal capitale assicurato, dall'età del Contraente-Assicurato, dalle sue condizioni di salute, dalla sua eventuale attività professionale nonché da eventuali sports praticati.

La Società ha facoltà di applicare sovrappremi nel caso in cui il Contraente-Assicurato presenti determinate condizioni di salute, oppure dichiarare di svolgere attività professionali o sportive, secondo quanto rappresentato nell'Art.2 delle Condizioni Contrattuali. In questi casi i sovrappremi vengono definiti dalla Società stessa in funzione delle dichiarazioni rese dal Contraente-Assicurato, attraverso l'analisi della documentazione medica eventualmente richiesta al Contraente-Assicurato.

Si rinvia alle Condizioni Contrattuali per informazioni di ulteriore dettaglio circa le modalità di determinazione del premio annuo dovuto dal Contraente Assicurato (Art. 3, SEZIONE II).

Il premio annuo ricorrente complessivamente dovuto è corrisposto secondo la rateazione (annuale o mensile) prescelta alla data di stipulazione del contratto e non può essere modificata durante la vita del contratto.

A condizione che il Contraente-Assicurato non sia deceduto, il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Il pagamento dei premi deve essere effettuato tramite disposizione di addebito, a favore della Società, a valere sul conto intestato al Contraente-Assicurato presso uno dei Soggetti da Essa abilitati. La relativa scrittura di addebito costituisce la prova dell'avvenuto pagamento.

Al fine di non ostacolare la prosecuzione del Contratto, in caso di estinzione del conto corrente di riferimento del Contratto il pagamento dei premi potrà essere effettuato tramite bonifico a favore della Società, indicando nella causale cognome e nome del Contraente-Assicurato ed il numero del contratto. La relativa scrittura di addebito costituisce la prova di pagamento.

Eventuali costi o commissioni applicati dalla banca dell'ordinante saranno a carico del Contraente-Assicurato. La relativa scrittura di addebito costituisce la prova dell'avvenuto pagamento.

La Scheda Copertura, consegnata al Contraente-Assicurato, purché debitamente firmata dalla Società e dai soggetti da Essa abilitati, ha anche funzione di quietanza della prima rata di premio versato.

Il contratto non prevede il riscatto e pertanto, fatto salvo quanto previsto degli Artt. 10 e 11 delle Condizioni Contrattuali in materia di interruzione e ripristino, in caso di mancato pagamento dei premi, il Contraente-Assicurato perde quanto versato.

Relativamente alla garanzia malattie gravi, la Società si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie e quindi comunicare al Contraente-Assicurato il nuovo importo del premio, trascorsi 10 anni dalla commercializzazione del prodotto e successivamente con frequenza quinquennale. In nessun caso l'incremento di premio potrà essere superiore al 10%.

Qualora il Contraente-Assicurato non intenda accettare l'eventuale modifica alle condizioni tariffarie in corso di contratto sopra descritta, prevista dall'Art. 16 della SEZIONE II delle Condizioni Contrattuali, la prestazione verrà ridotta.

5. OPZIONI DI CONTRATTO

L'assicurazione descritta in questa nota informativa non prevede l'esercizio di alcuna opzione in corso di contratto.

Sezione C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. COSTI

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente-Assicurato

6.1.1 Costi gravanti sul premio

Da ciascun premio annuo ricorrente dovuto per la garanzia caso morte e morte da infortunio e per la garanzia malattie gravi, viene detratta per la produzione e per la gestione del contratto:

cifra fissa annua	5 €
-------------------	-----

ed applicato un caricamento in percentuale del premio stesso - al netto del costo fisso di cui sopra - pari a:

costo percentuale	35%
-------------------	-----

ed un caricamento in percentuale del capitale assicurato:

costo percentuale	0,02%
-------------------	-------

Il premio annuo ricorrente può essere corrisposto anche in rate mensili senza applicazione di alcun costo aggiuntivo.

6.1.2 Costi per riscatto

Il contratto non prevede la facoltà di riscatto.

6.1.3 Costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede prestazioni sotto forma di rendita.

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Non previsti.

* * *

Di seguito è riportata la quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto.

Quota parte percepita in media dagli intermediari	75%
---	-----

7. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Il contratto può essere sottoscritto a condizioni agevolate dai dipendenti delle Società del Gruppo Crédit Agricole. Al premio corrisposto viene applicato una riduzione pari al 30% rispetto a quello indicato al precedente punto 6.1.1.

8. REGIME FISCALE

(sulla base della legislazione in vigore alla data di edizione del presente Fascicolo informativo)

8.1 Regime fiscale dei premi

IMPOSTA SUI PREMI

Non è dovuta alcuna imposta sui premi versati per la forma assicurativa qui descritta.

DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Sul premio complessivamente versato a fronte della presente assicurazione è ammessa una detrazione d'imposta secondo le modalità e i limiti previsti dalla normativa fiscale vigente.

8.2 Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di "malattia grave" o di "morte" sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

Sezione D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso (perfezionato) nel giorno in cui il Contraente-Assicurato appone le sue firme sulla Scheda Copertura, debitamente sottoscritta dalla Società.

La garanzia assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il premio dovuto, o del giorno di decorrenza indicato sulla Scheda Copertura, se successivo.

Si rimanda alle Condizioni Contrattuali per ulteriori informazioni in merito alle modalità di perfezionamento del Contratto (Art. 6 della SEZIONE II).

10. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO, SOSPENSIONE E RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il contratto si risolve con effetto immediato, al verificarsi dell'evento tra quelli di seguito elencati che si verifica per primo:

- recesso dal contratto;
- decesso del Contraente-Assicurato entro la scadenza contrattuale;
- compimento del 76-esimo anno di età del Contraente-Assicurato;
- mancato pagamento anche di una sola rata di premio trascorsi 30 giorni dalla scadenza della stessa.

Tranne in caso di recesso o in caso di particolari condizioni di carenza descritte nella SEZIONE III delle Condizioni Contrattuali, le rate di premio già versate non vengono restituite al Contraente-Assicurato e restano acquisite dalla Società.

È tuttavia possibile riprendere il pagamento dei premi e ripristinare le coperture assicurative secondo quanto precisato nelle Condizioni Contrattuali all'Art. 11 della SEZIONE II.

11. RISCATTO, RIATTIVAZIONE PAGAMENTO PREMI E RIDUZIONE **L'assicurazione descritta in questa nota informativa non prevede valore di riscatto.**

In caso di sospensione del pagamento dei premi, il Contraente-Assicurato può riprendere il versamento e ripristinare l'assicurazione nei termini e secondo modalità e condizioni economiche di cui agli Artt.10 e 11 della SEZIONE II delle Condizioni Contrattuali.

Nel caso in cui il Contraente-Assicurato non intenda accettare eventuali modifiche alle condizioni tariffarie in corso di contratto, la prestazione assicurata viene ridotta secondo quanto previsto dall'Art.7 della SEZIONE III delle Condizioni Contrattuali.

Per eventuali richieste di informazioni il Contraente-Assicurato può rivolgersi alla Società:

Crédit Agricole Vita S.p.A. - Ufficio Informazioni
Via Imperia, 35 - 20142 Milano
TELEFONO: +39 02 721713238
TELEFAX: +39 02 721713293
E-MAIL: PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it;
oppure informazioni@ca-vita.it

12. REVOCA DELLA PROPOSTA

Il prodotto non prevede l'adozione della proposta in quanto il contratto viene concluso contestualmente mediante la sottoscrizione della Scheda Copertura.

13. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente-Assicurato può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui è stata sottoscritta la Scheda Copertura, dandone comunicazione per iscritto alla Società come previsto nell'Art. 8 della SEZIONE II delle Condizioni Contrattuali.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di comunicazione del recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società, previa consegna dell'originale della Scheda Copertura e delle eventuali appendici, rimborsa al Contraente-Assicurato un importo pari al premio da questi corrisposto.

14. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'elenco della documentazione necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni è riportato nell'Art. 15 della SEZIONE II delle Condizioni Contrattuali ed è disponibile su appositi moduli che il Contraente-Assicurato può richiedere presso i Soggetti Abilitati, presso la Società e sul sito internet www.ca-vita.it.

Una volta accertato e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata per la malattia grave, la Società effettua il pagamento entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa; decorsi tali termini sono dovuti gli interessi moratori.

Al fine dell'erogazione della prestazione per decesso, la Società effettua il pagamento entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa. Decorsi tali termini sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari. Richieste di pagamento incomplete comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.

Si ricorda che i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

15. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO E ASPETTI LEGALI

LEGISLAZIONE APPLICABILE

Il contratto è assoggettato alla legge italiana.

NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile le somme dovute dall'assicuratore (Società) in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente-Assicurato, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto, il foro competente è quello del luogo ove risiede o ha eletto domicilio il Contraente-Assicurato o il Beneficiario.

16. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto e ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana.

17. RECLAMI

Eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Ufficio Reclami
Via Imperia, 35 - 20142 Milano
Fax: 02 - 882183313
e-mail: reclami@ca-vita.it

Sul sito internet della Società (www.ca-vita.it) è disponibile il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami.

La funzione aziendale incaricata dell'esame dei reclami è l'Ufficio Reclami che, in osservanza al Regolamento Isvap n. 24/2008, dovrà darne riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento degli stessi.

Qualora il Contraente-Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi, per questioni attinenti al contratto all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Divisione Gestione Reclami, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, compilando l'apposito modulo reso disponibile dall'Autorità sul sito internet www.ivass.it (tale modulo è altresì disponibile sul sito internet della Società) e corredando l'esposto con:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

18. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società comunicherà tempestivamente al Contraente-Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota informativa comprese le variazioni dovute a modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

19. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO ALLA SOCIETÀ

Ai sensi dell'Art. 1926 del Codice Civile, il Contraente-Assicurato è tenuto a comunicare alla Società ogni modifica della professione eventualmente intervenuta in corso di contratto.

20. CONFLITTI DI INTERESSI

La Società, in relazione al presente contratto, non opera in situazione di conflitto di interessi.

Crédit Agricole Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante Legale

Marco Di Guida



Edizione Maggio 2018

CONDIZIONI CONTRATTUALI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE E PER MALATTIE GRAVI A CAPITALE COSTANTE E PREMI ANNUI RICORRENTI VARIABILI

(CODICE TARIFFA 173)

SEZIONE I

Obblighi della Società e Disciplina del Contratto

Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalle Condizioni Contrattuali descritte al successivo paragrafo “*Disciplina del Contratto*”, dalle norme legislative in materia, e dagli eventuali allegati di polizza rilasciati dalla Società stessa.

Disciplina del Contratto

Il contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni dell’assicurazione Temporanea per il caso di morte e per malattie gravi a premi annui ricorrenti (**SEZIONE II**);
- dalle Condizioni supplementari di Carenza (**SEZIONE III**);
- dalle previsioni della Scheda Copertura.

La presente forma assicurativa prevede la preventiva compilazione e sottoscrizione di una sezione informativa sul proprio stato di salute o la compilazione di un questionario sanitario di autocertificazione in rapporto all’età assicurativa del Contraente-Assicurato alla stipula del contratto, ma in tal caso è previsto un periodo di “**carenza**” (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza.

Il Contraente-Assicurato ha comunque la facoltà di sottoporsi a visita medica: in tal caso non si applica il periodo di carenza: i relativi costi della visita medica sono posti integralmente a carico del Contraente-Assicurato e saranno pari a quelli applicati dal medico cui lo stesso deciderà di rivolgersi.

Le Condizioni di Carenza - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono descritte alla Sezione III del presente fascicolo.

SEZIONE II

Condizioni garanzia temporanea per il caso di morte e malattie gravi a premi annui ricorrenti variabili

PARTE I - OGGETTO DEL CONTRATTO

Articolo 1 - Prestazioni assicurate

In base al presente contratto la Società si impegna a pagare ai Beneficiari designati, in caso di diagnosi di una delle malattie gravi descritte al successivo art. 5 o in caso di morte del Contraente-Assicurato che si verifichi in corso di validità del contratto, il capitale assicurato indicato sulla Scheda Copertura. Tale capitale assicurato non può essere inferiore all'importo minimo di 5.000,00 euro e superiore all'importo massimo di 100.000,00 euro.

Nel caso in cui il Contraente-Assicurato sia colpito da una delle malattie gravi oggetto della copertura, la garanzia caso morte rimane in vigore fino al compimento del 76-esimo anno di età, sempreché vengano corrisposti i premi annui ricorrenti per tale garanzia; il premio per la garanzia malattie gravi non è più dovuto.

Nel caso in cui il decesso del Contraente- Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne ("morte da infortunio"), la Società si impegna a pagare due volte il capitale assicurato; nel caso in cui il decesso sia conseguenza di un incidente stradale ("morte da incidente stradale"), la Società si impegna a pagare tre volte il capitale assicurato.

In caso di decesso del Contraente-Assicurato che si verifichi entro i trenta giorni successivi alla scadenza di una rata di premio rimasta insoluita, verrà riconosciuto ai Beneficiari il capitale assicurato diminuito della rata annuale o mensile di premio scaduta e non corrisposta.

La copertura è prestata solo sino ad un'età massima dell'Assicurato di 66 anni per la garanzia malattie gravi e fino all'età di 76 anni per la garanzia morte e morte da infortunio e l'ingresso in assicurazione è possibile esclusivamente per età comprese tra 18 e 75 anni.

Il capitale minimo assicurabile è pari a euro 5.000; i capitali sottoscrivibili sono pari a multipli di 5.000 del capitale minimo assicurabile con un massimo di 100.000.

In caso di sopravvivenza del Contraente-Assicurato alla data di scadenza del contratto, questo si intenderà risolto e i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

Articolo 2 - Rischi coperti e relative Esclusioni

I rischi sono coperti qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, ad eccezione delle **esclusioni di seguito indicate**.

La garanzia morte non è operante e la Società non corrisponderà alcuna somma in caso di decesso del Contraente-Assicurato dovuto a:

- a) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d) decesso avvenuto in qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia è comunque operante previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e il decesso.
- e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- g) attività sportive e/o professionali condotte dall'Assicurato che comportino una maggiorazione di rischio e non dichiarate al momento della sottoscrizione della polizza.
Per gli sport sono esclusi, ad esempio, pugilato e arti marziali svolte in modo professionale, speleologia, arrampicata, sci fuori pista, gare di motonautica, vela agonistica, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo e/o automobilismo con partecipazione a gare.
Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, etc.
- h) anomalie congenite, esiti di infortuni o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, accertamenti, diagnosi anteriori alla sottoscrizione della polizza;
- i) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- l) abuso di alcool;

- m) uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- n) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate.

La Società corrisponde - in luogo del capitale assicurato - un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento della morte del Contraente-Assicurato, allorquando tale decesso sia conseguenza di:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto (come definito al successivo Art. 6); trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto (come precisato al successivo Art. 11).

Qualora il decesso del Contraente-Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dall'entrata in vigore del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata la Società non corrisponderà alcun importo.

La Società corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, qualora il decesso del Contraente-Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore del contratto e non sia conseguenza diretta di:

- a) una delle seguenti malattie infettive acute, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto.

La garanzia malattie gravi non è operante e la Società non corrisponderà alcuna somma se il sinistro è avvenuto a causa di:

- a) Dolo del Contraente-Assicurato o del beneficiario
- b) Delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente-Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- c) Partecipazione attiva del Contraente-Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. In tale caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente-Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente ministero;
- d) Incidente di volo, se il Contraente-Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e) Uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

f) Attività sportive e/o professionali condotte dall'Assicurato che comportino una maggiorazione di rischio e non dichiarate al momento della sottoscrizione della polizza. Per gli sport sono esclusi, ad esempio, pugilato e arti marziali svolte in modo professionale, speleologia, immersioni subacquee oltre 40 mt, apnea, arrampicata, sci fuori pista, salto con gli sci, bob, sci d'acqua, gare di motonautica, vela agonistica, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, bungee jumping, motociclismo e/o automobilismo con partecipazione a gare e relative prove e allenamenti, tentativi di stabilire un record, e sport estremi in genere.

Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, i lavori sotterranei o di demolizione, subacquei, o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi, tunnel, piattaforme petrolifere e stive, guida di mezzi pesanti (es. gru), stuntman, circensi, speleologi;

g) Denuncia presentata al di fuori dell'Unione Europea, Stati Uniti d'America, Canada e Australia.

h) Rifiuto di seguire le cure mediche;

i) Guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui il Contrente-Assicurato abbia preso parte attiva.

j) Abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili.

Le "malattie gravi" causate direttamente da condizioni di salute preesistenti e diagnosticate prima dell'emissione della polizza sono escluse dalla garanzia.

Inoltre, qualora l'insorgenza di una "malattia grave" si manifesti entro i primi 5 anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Qualora, invece, prima dell'accertamento della "malattia grave", l'assicurato dovesse decedere, la Società consente agli eredi dell'assicurato di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante consegna di documentazione idonea a verificare la circostanza.

Per le "malattie gravi" si rimanda inoltre al successivo Art. 5 per maggiori dettagli relativi alle esclusioni specifiche di ciascuna malattia grave coperta.

La garanzia morte da infortunio e morte da infortunio stradale non è operante e la Società non corrisponderà alcuna somma se il sinistro è avvenuto a causa di:

a) dalla partecipazione a corse e gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, di gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis;

b) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari;

- c) da guerra, da insurrezioni o tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- d) dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure dalle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- e) per lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
- f) per carbonchio, per malaria, per avvelenamenti, per infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure per le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

Resta stabilito che la garanzia non è operante nei casi di morte conseguente all'influenza che dette lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse.

Qualora il Contraente-Assicurato, in sede di stipulazione del contratto, dichiara di svolgere una delle attività professionali o sportive riportate nelle Tabelle A e B seguenti, la Società comunica al Contraente-Assicurato la relativa maggiorazione del premio (sovrappremio) che, se accettato e corrisposto, determina la piena copertura assicurativa.

La Società ha facoltà di applicare sovrappremi anche nel caso in cui il Contraente-Assicurato presenti determinate condizioni di salute. In questi casi i sovrappremi vengono definiti dalla Società stessa attraverso l'analisi di un Rapporto di visita medica e dell'ulteriore documentazione medica eventualmente richiesta al Contraente-Assicurato oppure attraverso l'analisi di questionari per sportivi e/o professionali.

Tabella A

Operatore che svolga attività su piattaforme alte più di 15 mt.
Alpinista professionista
Conducente di mezzi impiegati nell'industria estrattiva
Costruttori di tunnel, pozzi, torri e ciminiere
Estrazione materiali non radioattivi
Militare in carriera
Membro delle forze armate non con mansioni di ufficio o con missioni all'estero
Imprenditore che svolge lavoro manuale
Minatore
Minatore non a contatto con esplosivi o radioattività
Addetto alle demolizioni (edilizia) con uso esplosivi
Addetto alle demolizioni (edilizia) senza uso esplosivi
Addetto alle demolizioni di navi con uso di esplosivi
Addetto alle petroliere
Pescatore d'alto mare su imbarcazioni lunghe da 15 a 40 mt.

Pescatore (non d'alto mare) su imbarcazioni lunghe meno di 15 mt.
Pescatore (non d'alto mare) su imbarcazioni lunghe più di 15 mt.
Pilota civile/commerciale di linea aerea
Addetto all'estrazione di petrolio e gas naturale su piattaforme marine
Addetto alla ricerca e perforazione per l'estrazione di petrolio e gas naturale
Sommergibilista
Speleologo
Taglialegna
Trivellatore

Tabella B

Alpinismo più di 4.000 metri
Attività subacquea a profondità superiori ai 40 metri
Aliante con più di 25 ore di volo all'anno
Mongolfiera
Volo acrobatico
Deltaplano/parapendio/deltaplano a motore con più di 50 ore di volo all'anno
Ultraleggeri con più di 25 ore di volo all'anno
Paracadutismo con più di 50 lanci l'anno
Nuoto con partecipazione a manifestazioni in mare aperto/endurance/campionati
Motoslitta
Motociclismo con partecipazione a gare su circuito
Automobilismo (monoposto, rally, berline, dragster, kart, altro) con partecipazione a gare
Maestro di Bungee Jumping
Canyoning
Vela amatoriale/dilettante o professionista acque interne
Vela iceracing
Vela con partecipazione a competizioni transoceaniche
Vela offshore

Il contratto qui descritto viene emesso dalla Società a condizione che il rischio, preventivamente valutato, sia stato dalla Stessa accettato.

Per la preventiva valutazione del rischio la Società ha il diritto di acquisire tutte le informazioni sulle attività professionali e sportive praticate e sullo stato di salute del Contraente-Assicurato ritenute necessarie. Il rischio viene accettato dalla Società con riferimento all'ammontare del capitale da assicurare e all'età del Contraente-Assicurato alla data di decorrenza. Gli accertamenti sullo stato di salute richiesti al Contraente-Assicurato possono consistere nella semplice autovalutazione fornita dal Contraente-Assicurato stesso all'atto di sottoscrizione del contratto oppure nella compilazione di un questionario sanitario.

Il Contraente-Assicurato ha comunque sempre facoltà di sottoporsi a visita medica al fine di evitare l'applicazione del periodo di carenza di cui alla successiva Sezione III.

Articolo 3 - Premio

Le garanzie assicurazione sono prestate dietro il versamento di un premio annuo ricorrente variabile, indicato nel suo ammontare nella Scheda Copertura.

Le prestazioni assicurate di cui al precedente articolo 1 sono garantite a condizione che il Contraente-Assicurato abbia corrisposto tutte le rate di premio annuo ricorrente scadute. Il premio annuo ricorrente varia a ciascuna ricorrenza annuale di contratto in funzione dell'età raggiunta del Contraente-Assicurato ed è dovuto in via anticipata secondo la rateazione prescelta (annuale o mensile) alla data di stipulazione del contratto e ad ogni successiva scadenza, ma comunque non oltre la rata in corso alla data di decesso del Contraente-Assicurato o il compimento del 66-esimo anno di età per la garanzia malattie gravi o 76-esimo anno di età per la garanzia morte e morte da infortunio.

In caso di denuncia di una malattia grave da parte del Contraente-Assicurato, il premio per detta garanzia è dovuto finché la Società non ne abbia accertato l'effettiva diagnosi.

In caso di accertamento della malattia, la Società provvederà a rimborsare al Contraente-Assicurato tutti i premi eventualmente corrisposti durante il periodo di valutazione del rischio maggiorati degli interessi al tasso legale vigente, ai sensi dell'art. 1284 del Codice Civile.

Si precisa che una volta scelto il frazionamento desiderato, non sarà possibile cambiarlo durante la vita del contratto.

A condizione che il Contraente-Assicurato non sia deceduto, il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero. Nel caso in cui sia stato accertato il diritto alla prestazione assicurata "malattia grave" nel corso del primo anno di polizza e ancora il premio di primo anno non sia stato pagato per intero, la Società procederà al pagamento del capitale assicurato per tale garanzia al netto delle eventuali restanti rate di premio annuo.

Il pagamento dei premi deve essere effettuato tramite disposizione di addebito, a favore della Società, a valere sul conto del Contraente-Assicurato presso uno dei Soggetti abilitati.

Al fine di non ostacolare la prosecuzione del Contratto, in caso di estinzione del conto corrente di riferimento del Contratto il pagamento dei premi potrà essere effettuato tramite bonifico a favore della Società, indicando nella causale cognome e nome del Contraente-Assicurato ed il numero del contratto. La relativa scrittura di addebito costituisce la prova di pagamento.

La Scheda Copertura consegnata al Contraente-Assicurato, purché debitamente firmata dalla Società e dai soggetti da Essa abilitati, ha anche funzione di quietanza della prima rata di premio versato.

L'entità del premio dipende dal capitale assicurato, dalla rateazione prescelta, dall'età del Contraente-Assicurato, dalle sue condizioni di salute, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sports praticati.

Articolo 4 - Spese del contratto

Su ogni versamento effettuato, sia per la garanzia caso morte e morte da infortunio che per la garanzia malattie gravi, gravano spese per la produzione e per la gestione del contratto, pari ad un importo fisso di 5,00 Euro annui ed un caricamento in percentuale pari al 35,00% su ciascun premio annuo ricorrente al netto del costo fisso di cui sopra.

Il premio annuo ricorrente è frazionabile in rate mensili senza alcun costo aggiuntivo per il Contraente-Assicurato

Articolo 5 - Definizione di “malattia grave” e relative esclusioni

Ai fini della presente assicurazione si intendono per malattia grave esclusivamente le seguenti malattie:

- Cancro,
- Sclerosi laterale amiotrofica (“SLA”)

Di seguito la descrizione di ciascuna malattia coperta:

Cancro

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova istologica. Il termine neoplasia maligna comprende anche leucemia, linfoma e sarcoma.

Dalla garanzia vengono espressamente **esclusi** tutti i casi che sono istologicamente classificati come segue:

- Pre maligni come ad esempio trombocitemia e policitemia rubra vera,
- Non invasivi,
- Carcinoma In situ,
- Con potenziale maligno limitato o basso,
- I tumori della prostata, tiroide e vescica che siano istologicamente classificati, secondo il sistema TNM, in uno stadio T1N0M0, inferiore o equivalente ad altri tipi di classificazione in uso, oppure quelli classificati con un grado di Gleason 6 o di grado inferiore,
- Leucemia linfocitica cronica che siano istologicamente classificati inferiormente al Binet Stage A,
- Tutti i tipi di tumore in presenza del virus HIV,
- Qualsiasi tumore della pelle, al di fuori del melanoma maligno che abbia causato un'invasione oltre l'epidermide (strato esterno della pelle).

Sclerosi laterale amiotrofica

Diagnosi inequivocabile di Sclerosi Laterale Amiotrofica confermata da un medico specialista neurologo che evidenzia almeno le anormalità neurologiche moderate, persistenti per un periodo continuativo di sei mesi immediatamente precedenti la denuncia del sinistro.

La Società si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione del sinistro. In caso di rifiuto da parte del Contraente-Assicurato, il

pagamento del capitale assicurato può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

PARTE II - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO

Articolo 6 - Conclusione, entrata in vigore, durata e risoluzione del contratto

Il contratto è concluso nel momento in cui la Scheda Copertura, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente-Assicurato.

A condizione che sia stato pagato il premio dovuto dal Contraente-Assicurato, il contratto entra in vigore dalle ore 24 del giorno della sua conclusione o del giorno, se successivo, indicato sulla Scheda Copertura quale data di decorrenza.

All'atto della sottoscrizione della proposta, il Contraente-Assicurato deve aver raggiunto la maggiore età e non deve aver superato l'età assicurativa di 65 anni per la garanzia malattie gravi e 75 qualora sottoscriva la sola garanzia morte e morte ad infortunio.

L'età assicurativa si esprime in anni interi e corrisponde:

- all'età compiuta dal Contraente-Assicurato alla data di decorrenza, se a tale data non sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno;
- all'età da compiere, se a tale data sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno.

Il contratto si risolve con effetto immediato, al verificarsi dell'evento tra quelli di seguito elencati che si verifica per primo:

- recesso dal contratto di cui al successivo Art. 8;
- decesso del Contraente-Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- compimento del 76-esimo anno di età del Contraente-Assicurato;
- trascorsi 30 giorni dall'ultima rata di premio rimasta insoluta.

In aggiunta a quanto sopra riportato, la garanzia malattie gravi si risolve:

- al compimento del 66-esimo anno di età del Contraente-Assicurato;
- con effetto immediato in caso di diagnosi di una delle malattie gravi oggetto di copertura del Contraente-Assicurato.

Articolo 7 - Dichiarazioni del Contraente-Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente-Assicurato devono essere esatte e non reticenti.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze si applica il disposto di cui agli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile circa la contestabilità del contratto. Tuttavia, trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del contratto o dalla data della sua eventuale riattivazione accordata dalla Società, esso non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente-Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta per colpa

grave o in malafede. Linesatta dichiarazione della data di nascita del Contraente-Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

“Scambio Automatico di Informazioni” tra le autorità fiscali (FATCA -CRS/AEol)

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 18 giugno 2015, n. 95 e dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 6 agosto 2015, la Società è tenuta a comunicare annualmente all'Agenzia delle Entrate, che provvederà alla trasmissione dei dati alle autorità fiscali americane, alcune informazioni relative o collegate al presente contratto, qualora esso sia sottoscritto da soggetti qualificabili quali “U.S. Person” ai sensi della richiamata normativa (FATCA).

La Società è altresì tenuta in ragione di accordi internazionali e di disposizioni dell'Unione Europea in materia di Scambio Automatico di Informazioni, ad analoghi adempimenti di identificazione e trasmissione di informazioni relative al presente contratto, qualora lo stesso sia sottoscritto da un soggetto avente la residenza fiscale in uno dei paesi che, in ragione delle disposizioni soprarichiamate, siano tenuti allo Scambio Automatico di Informazioni. Anche in questo caso la trasmissione è effettuata all'Agenzia delle Entrate che provvede allo scambio delle informazioni con le autorità competenti dei paesi nei quali il Contraente risulti avere la propria residenza fiscale (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 31 dicembre 2015).

A tal proposito il Contraente è tenuto a compilare e sottoscrivere le sezioni FATCA e CRS (Common Reporting Standard) negli appositi moduli allegati al presente Contratto per la raccolta di informazioni sul suo eventuale status di contribuente americano (c.d. “U.S. Person”) e/o soggetto avente la residenza fiscale in uno dei paesi che in base alla normativa sopra richiamata siano tenuti allo scambio Automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale.

Nel corso della durata contrattuale il Contraente si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente per iscritto all'Ufficio Portafoglio di Crédit Agricole Vita S.p.A. qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni indicate nelle sezioni FATCA e CRS

In particolare, se il Contraente diventa cittadino americano o acquista la residenza fiscale statunitense e/o in uno dei paesi che siano tenuti allo scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale ha l'obbligo di comunicare tali cambiamenti per iscritto all'Ufficio Portafoglio di Crédit Agricole Vita S.p.A. (a mezzo raccomandata AR), entro 60 giorni dall'evento che ha comportato la variazione. Se la Società verrà a conoscenza di nuovi indizi che possano far presumere che il Contraente sia un cittadino americano o con residenza fiscale statunitense, e/o in uno dei paesi che siano tenuti allo scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale potrà richiedere maggiori informazioni e chiarimenti per determinare la sua effettiva posizione fiscale.

In ogni caso la Società in conformità alle previsioni normative FATCA e CRS/AEol, si riserva di verificare se siano intervenute eventuali variazioni di circostanze rilevanti, tali da comportare l'aggiornamento della classificazione del Contraente e provvederà, nel caso, alle necessarie comuni-

cazioni alle autorità fiscali competenti tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia in osservanza alla normativa vigente.

PARTE III - REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DEL CONTRATTO

Articolo 8 - Revoca della proposta e diritto di recesso

Il prodotto non prevede la possibilità di revoca della proposta in quanto si considera concluso nel giorno in cui il Contraente-Assicurato effettua la sottoscrizione della Scheda Copertura.

Il Contraente-Assicurato può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui è informato della sua conclusione, dandone comunicazione per iscritto alla Società tramite i Soggetti abilitati dalla Società stessa.

Ai fini contrattuali per data di comunicazione si intende la data della richiesta scritta predisposta presso i Soggetti abilitati.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di comunicazione del recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società, previa consegna dell'originale della Scheda Copertura e delle eventuali appendici, rimborsa al Contraente-Assicurato un importo pari al premio da questi corrisposto al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 9 - Riscatto e prestiti

Il presente contratto non consente il riscatto e non prevede concessione di prestiti.

Articolo 10 - Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della stessa, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente-Assicurato non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Articolo 11 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

Entro sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non corrisposta, il Contraente-Assicurato può riattivare il contratto, pagando un premio di riattivazione pari alle rate di premio arretrate.

La riattivazione del contratto ripristina l'assicurazione per l'intero suo valore, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio di riattivazione sopra definito.

Art. 12 - Cessione, Pegno e vincolo del contratto

Sul presente contratto non sono ammesse operazioni di cessione o pegno.

Il Contraente-Assicurato può vincolare le somme assicurate. Tale atto diventa efficace solo quando la Società ne faccia annotazione su apposita appendice contrattuale.

Nel caso di vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del vincolatario.

Articolo 13 - Duplicato del contratto

La Società, a seguito della richiesta da parte del beneficiario, si impegna a consegnare, senza spese a carico di quest'ultimo, copia del Modulo di Polizza in suo possesso, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'originale del contratto, Il Contraente-Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato a proprie spese e responsabilità presentando alla Società copia della relativa denuncia effettuata presso l'autorità competente.

PARTE IV - BENEFICIARI E PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Articolo 14 - Beneficiari

Il Contraente-Assicurato designa i Beneficiari per la garanzia morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente-Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente-Assicurato;
- dopo che, verificatosi il decesso del Contraente-Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di recesso e vincolo di contratto, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione dei Beneficiari ed eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o disposte per testamento. La comunicazione del Contraente della nomina o revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che, in quanto tale, non potrà essere opposto alla Società fino a che la nomina o revoca o modifica del beneficiario non sia stata comunicata alla Società medesima.

Il Contraente-Assicurato stesso è il Beneficiario per la prestazione della garanzia malattia grave.

Articolo 15 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa, tramite i Soggetti Abilitati oppure presso l'Ufficio Liquidazioni della Società (ove espressamente specificato), unitamente alla richiesta di liquidazione per iscritto, i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto. Sul sito internet www.ca-vita.it e presso i Soggetti Abilitati sono disponibili informazioni circa i documenti richiesti ai fini della liquidazione delle prestazioni previste dal Contratto.

Si evidenzia che, in ogni caso, ai fini della liquidazione, la Società richiede la seguente documentazione:

- **per i pagamenti conseguenti all'esercizio del diritto di recesso dal Contratto:**
 - richiesta firmata dal Contraente (se il Contraente è persona fisica) o dal legale rappresentante (se il Contraente è persona giuridica);
- **per pagamenti conseguenti al decesso del Contraente Assicurato:**
 - certificato di morte del Contraente Assicurato; documentazione idonea ai fini dell'adempimento degli obblighi di identificazione del beneficiario ai sensi del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014 e del Decreto Legislativo n. 231 del 21 novembre 2007, (normativa antiriciclaggio)
 - laddove il Beneficiario sia individuato nella propria qualità di erede legittimo o testamentario ed esista un testamento:
 - la copia autentica o l'estratto autentico del testamento,
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti quali sono i beneficiari e che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modiche della designazione dei beneficiari;
 - laddove il Beneficiario sia individuato nella propria qualità di erede legittimo o testamentario e non esista un testamento:
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari;
 - laddove il Beneficiario sia individuato senza riferimento alla propria qualità di erede legittimo o testamentario (es. mediante indicazione delle generalità del Beneficiario):
 - la documentazione necessaria per provare la propria designazione, ove tale designazione non risulti già dal modulo di polizza o dalla documentazione in possesso della Società:
 - i. se c'è testamento:
 - a. copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;

- b. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modiche della designazione dei beneficiari.
 - ii. se non c'è testamento:
 - a. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari.
 - o Relazione del medico curante sulle cause del decesso compilata dal medico che aveva in cura l'Assicurato fino alla data di decesso (inclusa anamnesi medica).
 - o Copia della cartella clinica informatizzata limitata ai 5 anni antecedenti la data di decorrenza della polizza con particolare riferimento alle seguenti sezioni: anamnesi patologica personale, ricoveri o interventi ambulatoriali, terapie farmacologiche, scheda patologie, cronologia prescrizione esami del sangue, indagini specialistiche complete di referti. Tutte le informazioni dovranno essere collocate temporalmente.
- In assenza di cartella clinica informatizzata, dovrà essere fornita Anamnesi medica limitata ai cinque anni antecedenti la data di decorrenza della polizza.
- o in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;

- **per pagamenti conseguenti al decesso del Contraente-Assicurato per infortunio stradale:** oltre ai tutti i documenti richiesti in caso di decesso sopra riportati, rapporto di Polizia e/o delle autorità competenti comprensivo di test alcolimetrico e/o test sull'abuso di sostanza stupefacenti se previsto.

- **per i pagamenti conseguenti al verificarsi di una malattia grave tra quelle previste dall'art. 5:** certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto il Contraente-Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso del Contraente-Assicurato al momento della denuncia.

Credit Agricole Vita si riserva la facoltà di richiedere la produzione dell'originale di polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Società o quando quest'ultima contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il beneficiario intenda far valere.

Per tutti i pagamenti della Società è richiesto il codice fiscale dei Beneficiari.

Va inoltre prodotto l'originale del decreto del Giudice Tutelare, se fra gli aventi diritto vi sono minori od incapaci, che autorizzi l'Esercente la potestà parentale od il Tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od agli incapaci, indicando anche le modalità per il reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo.

Nel caso di pegno, per i pagamenti conseguenti a recesso, riscatto totale o parziale del Contratto, decesso dell'Assicurato, è richiesto il benestare scritto dell'eventuale creditore pignoratizio, in difetto del quale il pagamento sarà effettuato a detto creditore solo dopo l'aver comunicato alla società la volontà di ricevere detti pagamenti.

La Società ha comunque diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento, individuare gli aventi diritto e adempiere agli eventuali obblighi di natura fiscale.

Per tutti i pagamenti della Società, qualora la richiesta di liquidazione pervenga direttamente alla Società stessa, è richiesta copia del documento d'identità del Contraente; in presenza di procura, è richiesta copia del documento d'identità del procuratore; analogamente, se il Contraente è persona giuridica, è richiesta copia del documento d'identità del rappresentante legale.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso purché a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa. Decorso tale termine, ed a partire dal medesimo fino alla data dell'effettivo pagamento, sono riconosciuti ai Beneficiari gli interessi moratori calcolati, secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale in vigore, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno.

Ogni pagamento viene effettuato presso i Soggetti abilitati o presso l'Ufficio Liquidazioni della Società, contro rilascio di regolare quietanza.

Effettuato il pagamento della prestazione assicurata, nulla è più dovuto dalla Società per il presente contratto e lo stesso si risolve.

Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

La Società, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.SA), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le

sanzioni o misure relative ad embargo o asset freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di CA.SA., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente contratto assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure.

Art. 16 - Collegio medico arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro malattia grave nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di domicilio del Contraente-Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

PARTE V - RIVEDIBILITÀ PREMI PER LA GARANZIA MALATTIE GRAVI

Articolo 17 - Rivedibilità dei premi per la garanzia malattie gravi

La Società si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie e quindi comunicare al Contraente-Assicurato il nuovo importo del premio, trascorsi 10 anni dalla commercializzazione del prodotto e successivamente con frequenza quinquennale. In nessun caso l'incremento di premio potrà essere superiore al 10% .

In tal caso la Società si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima

della ricorrenza annuale di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva dando evidenza della quota parte dell'aumento dovuto al cambio delle condizioni tariffarie e dell'incremento dovuto all'adeguamento per età. Il Contraente-Assicurato potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

Il Contraente-Assicurato che non intenda accettare la modifica contrattuale dovrà informarne per iscritto - almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza - la Società a mezzo di lettera raccomandata indirizzata a:

Crédit Agricole Vita S.p.A. - Ufficio Portafoglio
Via Imperia, 35 - 20142 Milano
TELEFAX: +39 02 721713218

Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Nel caso in cui invece non venga accettata la modifica del premio, la prestazione assicurata verrà ridotta come descritto nel successivo Art. 17.

Articolo 18 - Riduzione

Dato che la Società, come descritto nel precedente Art. 16, si riserva la possibilità di modificare l'importo del premio annuo ricorrente nel corso della durata contrattuale per revisione delle basi tecniche con le quali il premio viene calcolato, è data facoltà al Contraente-Assicurato di non accettare la modifica suindicata e di ridurre quindi la prestazione assicurata.

Tale riduzione, che avrà effetto dalla ricorrenza annuale successiva, è pari a un importo dato dalla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Gli articoli 16 e 17 non si applicano agli incrementi di premio dovuti all'adeguamento per età del Contraente-Assicurato.

PARTE VI - LEGGE APPLICABILE, FISCALITÀ E FORO COMPETENTE

Articolo 19 - Rinvio alle norme di legge

Il contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non previsto dalle presenti Condizioni Contrattuali valgono le norme di legge.

Articolo 20 - Imposte

Le imposte relative al contratto (qualora previste) sono a carico del Contraente-Assicurato o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 21 - Foro Competente

Per le controversie relative al Contratto, il Foro competente è quello del luogo ove risiede o ha eletto domicilio il Contraente-Assicurato o il Beneficiario.

Articolo 22 - Prescrizione

I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Gli importi dovuti ai Beneficiari per i quali non sia pervenuta alla Società la richiesta di liquidazione per iscritto entro e non oltre il termine di prescrizione di dieci anni sono devoluti obbligatoriamente, ai sensi e per gli effetti del D.L. 28 agosto 2008, n. 134, convertito nella Legge 27 ottobre 2008, n. 166, al fondo costituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, finalizzato ad indennizzare i risparmiatori vittime di frodi finanziarie, previsto all'art. 343 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266.

SEZIONE III

Condizioni supplementari di Carenza

In questa Sezione vengono riportate le Condizioni di Carenza, applicabili là dove siano esplicitamente richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della polizza.

Articolo 1 - Contratti conclusi senza visita medica

Nel caso in cui il contratto sia stato concluso senza che il Contraente-Assicurato si sia sottoposto a visita medica operano le condizioni di carenza di seguito riportate.

Per la prestazione in caso di malattia grave:

le prestazioni relative alle malattie gravi sono garantite a partire dal **terzo mese** dalla conclusione della polizza di assicurazione nel caso di cancro, mentre nel caso di SLA a partire dal dodicesimo mese dalla conclusione della polizza di assicurazione. Qualora al Contraente-Assicurato venga diagnosticata nel periodo di carenza una delle malattie coperte, verrà rimborsato l'importo di premi versati.

Per la prestazione in caso di decesso:

la prestazione per decesso è garantita a partire dal **sesto mese** dalla conclusione della polizza di assicurazione. Nel caso di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e altre patologie ad essa collegate, si applica una carenza pari a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto. In tal caso, in luogo del capitale assicurato per il caso di morte, sarà

corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica al momento del decesso.

Per entrambe le garanzie, la Società non applicherà alcun periodo di carenza e la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, perosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c. di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 2 della SEZIONE II) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il Rappresentante legale

Marco Di Guida



Edizione Maggio 2018

Allegato 1 - Criteri assuntivi

Per età fino a 60 anni e per capitale assicurato della garanzia temporanea caso morte ≤ 100.000 euro	Informativa sul stato di salute del Contraente-Assicurato riportata sulla Scheda Copertura
Per età superiori a 60 anni e qualora l'assicurato non possa sottoscrivere l'informativa sul proprio stato di salute presente sulla Scheda Contrattuale	Questionario sanitario di autocertificazione

GLOSSARIO

La consultazione del presente Glossario ha lo scopo di agevolare la comprensione dei termini tecnici presenti nei documenti che compongono il presente Fascicolo Informativo.

Anno (annuo - annuale - annualità)

Vedere Unità di Misura

Appendice:

è un documento che forma parte integrante del contratto, emesso anche successivamente alla conclusione dello stesso, per modificarne alcuni aspetti in accordo tra Contraente-Assicurato e Società.

Asset Freeze:

misura amministrativa volta a privare le persone e/o le organizzazioni dei paesi sanzionati delle risorse finanziarie necessarie.

Assicurato:

è la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che nel caso specifico coincide con il Contraente e nel caso di insorgenza di una delle tre malattie gravi con il Beneficiario.

Beneficiario:

è la persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza:

è rappresentata dal periodo di tempo durante il quale la validità della copertura assicurativa viene sospesa nei casi e secondo quanto previsto dalle Condizioni Contrattuali.

Condizioni Contrattuali:

è l'insieme delle norme (o regole) che disciplinano il contratto.

Conflitto di interessi:

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente:

È la persona fisica che coincide con l'Assicurato e nel caso di insorgenza di una delle tre malattie gravi anche con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

CRS (Common Reporting Standard) /AEOI (Automatic Exchange of Information)

Normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti, volta a contrastare l'evasione fiscale internazionale, i cui principi applicativi sono dettagliati all'interno della Legge 18 giugno 2015, n. 95 e del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 31 dicembre 2015. Essa prevede in capo agli Istituti Finanziari di identificare i titolari di conti finanziari e stabilire se sono residenti fiscalmente in uno dei paesi partecipanti agli accordi in tema di scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale. L'entrata in vigore di tale normativa decorre a partire dal 1 gennaio 2016, dalla cui data diviene obbligatoria l'acquisizione da parte delle Istituzioni Finanziarie delle informazioni ai fini dell'adeguata verifica fiscale per l'apertura di conti finanziari da parte di soggetti residenti in Stati diversi dall'Italia e dagli Stati Uniti d'America, nonché di entità finanziarie passive, ovunque residenti.

Gli Istituti Finanziari devono trasmettere su base annuale all'Agenzia delle Entrate, che a sua volta provvede ad inviare all'amministrazione fiscale dei Paesi partecipanti agli accordi in tema di scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale, le informazioni relative alla residenza fiscale della propria clientela nei paesi partecipanti agli accordi multilaterali sopracitati.

Data di decorrenza del contratto:

È la data, se successiva alla data di conclusione del contratto, dalla quale entra in vigore la garanzia assicurativa, qualora sia già stato corrisposto il premio.

Embargo

Sanzione economica e commerciale destinata a vietare o limitare il commercio di beni, tecnologie e servizi con i paesi sanzionati.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa

Vedere Unità di Misura.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Normativa fiscale americana, volta a contrastare l'evasione fiscale di contribuenti statunitensi all'estero, normativa in vigore dal 1° luglio 2014, i cui principi applicativi sono dettagliati all'interno della Legge 18 giugno 2015, n. 95 e del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 6 agosto 2015. Essa prevede in capo agli istituti finanziari non statunitensi obblighi di identificazione e classificazione dello status o meno di cittadino/contribuente americano. L'istituto finanziario è altresì obbligato ad effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS) per i clienti degli Stati Uniti.

Franchigia

Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Società non effettua il pagamento della prestazione assicurata.

Istituto di Medicina Legale

è l'Istituto che svolge attività di ricerca nel settore delle scienze forensi ed eroga prestazioni di consulenza medico-legale.

IVASS:

è l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo. È un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico ed è stato istituito con legge 12 agosto 1982, n. 576, per l'esercizio di funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione e riassicurazione nonché di tutti gli altri soggetti sottoposti alla disciplina sulle assicurazioni private, compresi gli agenti e i mediatori di assicurazione.

Mese

Vedere Unità di Misura

Premio annuo:

è la somma che il Contraente-Assicurato versa annualmente a fronte delle prestazioni assicurate.

Prestazioni assicurate:

sono gli impegni assunti dalla Società nei confronti del Contraente-Assicurato.

Proposta:

vedere Scheda Copertura.

Professione:

Attività abituale e prevalente retribuita.

Questionario medico

è il modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza:

è la ricevuta di pagamento.

Quinquennio:

Vedere Unità di Misura.

Recesso dal contratto:

consiste nella possibilità che ha il Contraente-Assicurato, entro 30 giorni dal momento in cui è informato della conclusione del contratto, di liberarsi e di liberare la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto stesso.

Revoca della proposta:

consiste nella possibilità che ha il futuro Contraente-Assicurato, fino a quando il contratto non sia stato concluso, di rinunciare alla stipulazione dello stesso.

Riattivazione:

è la facoltà dell'Assicurato-Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Riduzione:

è l'importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio in base alle nuove basi tecniche.

Riscatto:

ove previsto dalle condizioni contrattuali, consiste nella possibilità che ha il Contraente-Assicurato di richiedere la liquidazione anticipata del contratto.

Riserva matematica:

è l'importo accantonato dalla Società per far fronte ai suoi obblighi contrattuali.

Risoluzione del contratto:

consiste nello scioglimento del rapporto contrattuale esistente tra la Società e il Contraente-Assicurato.

Sanzioni Internazionali:

normativa relativa alle misure restrittive adottate dall'Unione Europea

e/o dai singoli Stati Membri, e/o da altri Paesi al di fuori dell'UE (incluso gli Stati Uniti d'America).

Scheda Copertura:

è il documento firmato dal Contraente-Assicurato sul quale vengono riportati i dati identificativi del Contraente-Assicurato e dei Beneficiari e dove vengono indicate e riassunte le caratteristiche del contratto (il tipo e gli importi delle prestazioni, il premio, la data di decorrenza, la durata contrattuale, ecc.).

Settimana

Vedere Unità di Misura.

Sinistro:

evento di rischio assicurato oggetto del contratto al verificarsi del quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società:

è la Crédit Agricole Vita S.p.A. - impresa regolarmente autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa -, definita anche Società o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente-Assicurato stipula il contratto di assicurazione.

Soggetti abilitati:

sono gli Istituti di Credito autorizzati dalla Società, il cui elenco è disponibile presso la sede legale ovvero la sede amministrativa della stessa.

Unità di Misura

Le unità di misura del Sistema Internazionale (Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 29 ottobre 2009) riportate nelle seguenti condizioni contrattuali si intendono definite come segue:

- Anno (annuo - annuale - annualità): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di bisestilità)
- Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni d'anno
- Mese: periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio
- Quinquennio: periodo di tempo la cui durata è pari a 5 anni
- Settimana: periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.

TARIFFA N. 173 - Assicurazione temporanea in caso di morte e di insorgenza di malattia grave a capitale costante e premi annui ricorrenti variabili.

SCHEDA COPERTURA

Contratto n.	CAB:		
Contraente-Assicurato:			
C.F.:	Nato il:	Età:	Sesso:
Residente:	CAP:	Prov.:	
Indirizzo:			
Decorrenza:	Scadenza:		
	(Scadenza garanzia per gravi malattie al 65° anno di età)		
Capitale assicurato Caso Morte: EUR			
Capitale assicurato Grave Malattia: EUR			
Professione:	Premio base primo anno: EUR		
Attività sportiva:	Sovrapremio: EUR		
	Sovrapremio: EUR		
	Sovrapremio sanitario primo anno: EUR		
	Premio totale primo anno: EUR		
Rata lorda:	EUR		
Beneficiari caso morte:			
Beneficiario grave malattia: il Contraente - assicurato stesso			
Il presente contratto è stato emesso a seguito della valutazione delle informazioni fornite dall'assicurato sul proprio stato di salute			

Il Contraente-Assicurato può revocare la proposta o recedere dal contratto secondo le modalità indicate in Nota Informativa. In caso di recesso la Società ha diritto di trattenere, dalle somme rimborsate al Contraente Assicurato, EUR 25,00 per gli oneri sostenuti per l'emissione del contratto.

QUESTIONARIO INFORMATIVO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1. In base alla propria altezza, il proprio peso è oltre i limiti minimi e massimi indicati nella seguente tabella:

Altezza (cm.)	150-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-190	191-195	196-200	201-205	206-210	211-215
Peso (Kg.)	45-70	49-75	52-80	55-85	59-90	62-96	65-101	69-107	72-113	76-119	79-125	83-131	87-138

- È stato ricoverato in ospedale o in casa di cura negli ultimi 5 anni (salvo in caso di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, correzione delle lesioni del menisco, frattura degli arti, parto, chirurgia estetica);
- Si è mai sottoposto a cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare (es. ipertensione arteriosa, ipotensione arteriosa, cardiopatia, infarto, arterosclerosi, disturbi circolatori, ictus) e/o malattia del fegato (es. epatopatia acuta o cronica, steatosi epatica, cirrosi) e/o malattia dell'apparato respiratorio (es. enfisema polmonare, BPCO, asma, polmonite), malattia tumorale in genere, malattie del sangue (es. anemia, talassemia) dell'apparato uro-genitale (es. insufficienza renale, malattie della prostata), del sistema osteo-articolare (es. artrite, osteoporosi, ernia discale), dell'apparato digerente (es. esofagite, gastrite, morbo di crohn, colite ulcerosa) del sistema endocrino-metabolico (es. diabete, malattie della tiroide, del pancreas) e/o del sistema nervoso o della psiche (es. sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, ansia, depressione, demenza), paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate, lesioni degli organi vitali post traumatiche;
- Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici che abbiano dato esiti al di fuori della norma
- È in attesa di ricovero, di intervento, o di sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti sanitari diagnostici;
- Fa uso regolare e continuativo di medicinali o ne ha assunti in tal modo negli ultimi dodici mesi;
- Gode di pensione per malattia o invalidità o ne ha fatto richiesta;
- Ha fatto o fa uso regolare e continuativo di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici.



Credit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale
 Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023
 Sede Amministrativa: Via Imperia, 35 - 20142 Milano - Tel. 02 72171311 - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it
 Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P. IVA 01966110346 - Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G. U. del 29/06/90)
 Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni n. 1.00090. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO

Il Contraente-Assicurato dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato o che lo faranno in futuro, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere; acconsente in particolare che tali informazioni e atti sanitari siano comunicati e sottoposti da CA Vita all'esame di persone o Enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Il Contraente-Assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., che le dichiarazioni rilasciate nel presente documento e in ogni altro eventuale documento rilasciato alla Compagnia in relazione al presente contratto sono conformi a verità non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio e di essere consapevole:

- che tali dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- che, qualora nel corso della durata contrattuale le dichiarazioni rilasciate risultino inesatte oppure vengano riscontrate reticenze, la polizza potrebbe essere annullata o il capitale assicurato potrebbe essere ridotto in caso di sinistro.

Il presente contratto è regolato dalle condizioni contrattuali, che formano parte integrante del contratto medesimo. Esse sono contenute, unitamente alla Nota Informativa, nel Fascicolo Informativo che il Contraente-Assicurato dichiara di aver ricevuto.

Il presente contratto viene stipulato in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente-Assicurato sulla presente scheda copertura e sugli altri documenti che costituiscono parte integrante del contratto stesso, ivi compresa la tabella di seguito riportata contenente il piano dei premi previsti in funzione dell'età del Contraente-Assicurato. Non sono consentite e si dichiarano nulle eventuali correzioni e/o aggiunte effettuate sulla presente scheda copertura successivamente alla stampa della medesima.

Il Contraente-Assicurato dichiara di essere residente in Italia.

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DELL'EVENTUALE QUESTIONARIO SANITARIO

In relazione alla compilazione del questionario sanitario, il Contraente-Assicurato deve tenere in considerazione che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalle condizioni di Assicurazione, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Il sottoscritto Contraente-Assicurato dichiara di aver preso visione del Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa e le Condizioni Contrattuali, che accetta in ogni loro parte; in particolare, ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, approva specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali:

Sezione II - Art.1 - Prestazioni assicurate; Art.2 - Rischi coperti e relative esclusioni; Art.3 - Premio; Art.6 - Conclusione, entrata in vigore, durata e risoluzione del contratto; Art.7 - Dichiarazioni del Contraente-Assicurato; Art.10 - Interruzione del pagamento dei premi.

Crédit Agricole Vita S.p.A.

Marco Di Guida



IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Il contratto è stato emesso e perfezionato il
Contraente e dell'Assicurato.

Il pagamento del premio unico di EUR
bancario a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A.

in _____ con le firme del
è stato effettuato il _____ tramite bonifico

TIMBRO DELLA FILIALE E FIRMA DELL'INCARICATO



Credit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale
Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023
Sede Amministrativa: Via Imperia, 35 - 20142 Milano - Tel. 02 72171311 - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it
Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P. IVA 01966110346 - Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G. U. del 29/06/90)
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni n. 1.00090. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.

Tipo di frazionamento richiesto dal contraente:

Capitale assicurato:

ELENCO SVILUPPO PREMI PER ANNUALITÀ

(si espongono i Premi dovuti in base alla periodicità scelta per l'intera annualità di riferimento)

Anno	Ricorrenza annuale	Rata lorda periodica
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		



Credit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale
Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023
Sede Amministrativa: Via Imperia, 35 - 20142 Milano - Tel. 02 72171311 - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it
Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P. IVA 01966110346 - Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G. U. del 29/06/90)
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni n. 1.00090. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.

INTESTATO A:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____

- ai sensi dell'art. 6.1 lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") dichiara di aver preso visione dell'Informativa.
- ai sensi dell'art. 9.2 lett. a) del GDPR, presa visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali da parte del Titolare, esprime liberamente il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili per finalità di conclusione ed esecuzione del rapporto contrattuale con il Titolare. Si ribadisce che in assenza di tale consenso non sarà possibile dare seguito alle obbligazioni contrattualmente assunte.

 SÌ NO

FIRMA DELL'INTERESSATO

Luogo e data _____

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679

In conformità all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito, il "GDPR"), la Società Crédit Agricole Vita S.p.A. di seguito, anche la "Società" o il "Titolare") - in qualità di Titolare del trattamento - La informa sull'uso dei Suoi dati personali:

1 Finalità del trattamento

1.1 Trattamento dei dati personali per finalità assicurative: la Società tratta i dati personali da Lei forniti per concludere, gestire ed eseguire il contratto da Lei richiesto, nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Nell'ambito della presente finalità, il trattamento viene altresì effettuato per la prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché per le relative azioni legali. Il conferimento dei suoi dati personali risulta pertanto necessario ed il relativo trattamento da parte della Società potrà avere come base giuridica: a) l'adempimento di un obbligo di legge, regolamento o normativa europea; b) la conclusione e l'esecuzione di un contratto di cui è parte anche per quanto concerne la gestione e liquidazione dei sinistri; c) il Suo consenso nel caso di dati sensibili, ai sensi dell'art. 9.2 lett. a) del GDPR. Nel caso in cui Lei rifiutasse di fornire i dati personali richiesti, la Società non potrà concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o gestire e liquidare i sinistri. In caso di trattamento basato sul Suo consenso, lo stesso potrà essere revocato in ogni momento senza pregiudicare la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca. Resta inteso che, in siffatta ipotesi, la Società non potrà dar seguito alle obbligazioni contrattuali. I dati personali dei beneficiari/assicurati necessari alla definizione del rapporto assicurativo sono stati conferiti dal contraente al momento della sottoscrizione del contratto/prodotto.

1.2 Trattamento dei dati personali per finalità promozionali/commerciali: i Suoi dati potranno essere altresì utilizzati per finalità di profilazione della Clientela, di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato. In tali casi, il trattamento dei Suoi dati personali sarà basato esclusivamente sul suo consenso libero e specifico. Il Suo consenso potrà essere revocato in ogni momento senza pregiudicare la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca.

2 Modalità del trattamento dei dati Il trattamento dei Suoi dati personali potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie al perseguimento delle finalità sopra descritte; è invece esclusa qualsiasi operazione di diffusione dei dati. La Società svolge il trattamento direttamente tramite soggetti appartenenti alla propria organizzazione o avvalendosi di soggetti esterni alla Società stessa, facenti parte del settore assicurativo o correlati con funzioni meramente organizzative. Tali soggetti tratteranno i Suoi dati: a) conformemente alle istruzioni ricevute dalla Società in qualità di responsabili o di incaricati, tra i quali indichiamo gli Agenti della Società, i dipendenti o collaboratori della Società stessa addetti alle strutture aziendali nell'ambito delle funzioni cui sono adibiti ed esclusivamente per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa. L'elenco aggiornato dei responsabili e delle categorie di incaricati è liberamente conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7; b) in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

3 Comunicazione dei dati personali a) I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui al punto 1.1 o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione od altri servizi di natura tecnico/organizzativa; banche depositarie per i Fondi Pensioni; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione); b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1.2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a Società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. L'elenco dei soggetti a cui sono comunicati i dati è conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7.

4 Trasferimento di dati all'estero I Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso paesi terzi rispetto a quelli facenti parte dello Spazio Economico Europeo.

5 Tempi di conservazione dei dati I Suoi dati saranno conservati per almeno dieci anni (in osservanza alla normativa pro-tempore vigente) a far data dalla cessazione di qualsivoglia rapporto di natura contrattuale tra Lei e la Società. Sono fatti salvi i dati la cui conservazione è finalizzata ad esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria.

6 Diritti dell'interessato Ai sensi degli articoli 15-20 del GDPR Lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quello di ottenere l'accesso ai Suoi dati personali in forma intelligibile, la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi. Lei avrà inoltre diritto ad ottenere dalla Società la limitazione del trattamento, potrà inoltre opporsi per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati. Nel caso in cui ritenga che i trattamenti che La riguardano violino le norme del GDPR, ha diritto a proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR.

6.1 Diritto alla Portabilità dei dati Ai sensi dell'art. 20 del GDPR Lei ha diritto ad ottenere, su richiesta, i Suoi dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivi automatici e ha diritto di trasmetterli direttamente ad un altro Titolare di sua scelta, nei limiti della materiale fattibilità dell'operazione e dei costi da sostenere.

7 Titolare e responsabile per la protezione dei dati personali (DPO) Il Titolare del trattamento è Crédit Agricole Vita S.p.A. nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con Sede Legale in via Università, 1 - 43121 Parma (Italia), Responsabile per la protezione dei dati personali (di seguito, anche "DPO") è Marco De Faveri. Per esercitare i Suoi diritti ai sensi del GDPR di cui al punto 6 della presente informativa potrà contattare il DPO all'indirizzo di posta elettronica dataprotection@ca-vita.it oppure all'indirizzo di Via Imperia, 35 - 20142 Milano (Italia). Allo stesso dovrà essere effettuata ogni richiesta di informazione in merito all'individuazione dei Responsabili del trattamento agenti per conto del Titolare.



 **CRÉDIT AGRICOLE**
VITA