

FASCICOLO INFORMATIVO RELATIVO
ALL'ASSICURAZIONE SULLA VITA

Crédit Agricole Vita **P**
FUTURO PROTETTO

Contratto di Assicurazione temporanea
per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti
(codice tariffa N71)

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.

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

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.

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

Crédit Agricole Vita S.p.A., Società Unipersonale (di seguito, la "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.

1.b) Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto è pari a 350,40 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 83,93 milioni in Euro.
L'indice di Solvibilità della Società è pari a 124,5%.
I dati sono relativi al Bilancio del 31/12/2015.

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 Reconta Ernst&Young S.p.A. che ha sede legale in Via Po 32 - 00198 Roma, Italia.

2. Conflitti di interessi

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

CA Vita Futuro Protetto è un'assicurazione temporanea per il caso di morte con durata stabilita dal Contraente-Assicurato all'atto della sottoscrizione e che deve essere non inferiore a 5 anni e non superiore a 20 anni.

Alla sottoscrizione del contratto, il Contraente-Assicurato deve aver raggiunto la maggiore età (intesa come età assicurativa) e non deve aver superato l'età assicurativa di 75 anni. Alla scadenza contrattuale, il Contraente-Assicurato non potrà avere un'età superiore a 80 anni.

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 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.

L'importo del capitale assicurabile non può essere inferiore a 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 IV delle Condizioni Contrattuali.

Il contratto non prevede il riscatto della prestazione assicurata.

La Società ha facoltà di applicare sovrappremi nel caso in cui il Contraente-Assicurato presenti determinate condizioni di salute, oppure dichiararsi di svolgere attività professionali o sportive riportate 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 di un Rapporto di visita medica e dell'ulteriore documentazione medica eventualmente richiesta al Contraente-Assicurato.

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.

Il rischio viene accettato dalla Società con riferimento all'ammontare del capitale da assicurare, all'età del Contraente-Assicurato ed al suo stato di fumatore o non fumatore alla decorrenza. Gli accertamenti sullo stato di salute richiesti consistono nella sottoscrizione di un questionario sul proprio stato di salute, nella consegna di un rapporto di visita medica oppure in una serie di accertamenti sanitari più approfonditi.

Ai fini della copertura assicurativa viene definito non fumatore il soggetto che non ha fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della Scheda di Copertura e che non ha smesso di fumare dietro consiglio medico.

Prestazione complementare facoltativa prevista dal contratto in caso di malattia grave

Assicurazione complementare che dà diritto alla corresponsione di un capitale, in via aggiuntiva rispetto a quello della garanzia base, nel caso venga diagnosticata ed accertata al Contraente-Assicurato una delle seguenti malattie gravi: tumore, ictus, infarto, malattie che richiedono interventi di natura cardiovascolare, insufficienza renale irreversibile, insufficienza epatica, trapianto d'organo. Per la descrizione di dette malattie si rimanda alle relative Condizioni Contrattuali (Art. 5 della SEZIONE III).

L'importo del capitale assicurato con la presente garanzia complementare, se richiesta, viene indicato dal Contraente-Assicurato al perfezionamento del contratto e dovrà essere compreso tra un valore minimo di 5.000 euro e un valore massimo di 500.000 euro; **tale capitale non potrà essere superiore al capitale assicurato per la garanzia base temporanea caso morte.**

La copertura è prestata fino all'età massima dell'assicurato di 75 anni. L'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 70 anni e il periodo di copertura può essere compreso tra 5 e 20 anni.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Art. 6 della SEZIONE II).

Accertamenti sanitari

La stipulazione del presente contratto, indipendentemente dalla presenza o meno della garanzia complementare per gravi malattie, potrà richiedere (in funzione del livello delle prestazioni) una specifica documentazione sanitaria.

È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario di auto-certificazione, ma in tal caso è previsto un periodo di carenza (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi. Per maggiori dettagli si rimanda alle Condizioni Contrattuali comprese nel presente fascicolo. Modalità specifiche sono in particolare previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie collegate).

Qualora sia stata sottoscritta la garanzia complementare malattie gravi, il periodo di carenza in caso di assunzione senza visita medica è pari a tre mesi.

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 dovuto dal Contraente-Assicurato per la garanzia temporanea caso morte è costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto in via anticipata alla data di stipulazione del contratto e ad ogni successiva scadenza annuale (o semestrale) e comunque non oltre il decesso di quest'ultimo.

Il premio annuo dovuto dal Contraente-Assicurato per la garanzia complementare malattie gravi, anch'esso costante per tutta la durata contrattuale, è dovuto fino a che la Compagnia, 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.

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

L'entità del premio dipende dal capitale assicurato, dalla durata contrattuale, dall'età del Contraente-Assicurato, dalle sue condizioni di salute, dallo stato di fumatore o non fumatore, dalla sua eventuale attività professionale nonché da eventuali sports praticati.

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.

In alternativa (estinzione del c/c bancario) il pagamento dei premi si effettua tramite bonifico a favore della Società, indicando nella causale il cognome e il nome del Contraente-Assicurato ed il numero del contratto di polizza. 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, 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 complementare malattia grave, qualora il Contraente-Assicurato non intenda accettare l'eventuale modifica alle condizioni tariffarie in corso di contratto, prevista dall'Art. 3 della SEZIONE III delle Condizioni Contrattuali di tale garanzia, 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.

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente-Assicurato

6.1.1. Costi gravanti sul premio

Da ciascun premio annuo viene detratta:

cifra fissa annua	10 €
-------------------	------

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

costo percentuale	20%
-------------------	-----

ed un caricamento in percentuale del capitale assicurato:

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

Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate semestrali, ed in tali casi la maggiorazione di costo da applicarsi al premio annuo è la seguente:

frazionamento del premio	maggiorazione percentuale
semestrale	2,0%

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

Questo prodotto non prevede sconti di alcun genere.

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).

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto è perfezionato (concluso) nel momento in cui la Società abbia rilasciato al Contraente il Modulo di Polizza.

Il contratto entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio dovuto, il giorno del perfezionamento del contratto (data di conclusione del contratto).

Le date di emissione del contratto e di decorrenza sono riportate sul Modulo di Polizza.

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.

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;
- scadenza del contratto, come indicato nella Scheda Copertura;
- 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 IV 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 quan-

to 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

TELEFAX: +39 02 721713293

E-MAIL:

PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it; oppure informazioni@ca-vita.it

TELEFONO: +39 02 721713238

12. Revoca della proposta

Il prodotto consente la revoca della proposta, fino alla data di conclusione del contratto, tramite comunicazione scritta effettuata direttamente presso i Soggetti Abilitati o con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata all'Ufficio Portafoglio di Crédit Agricole Vita S.p.A. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società, previa consegna dell'originale del Modulo di proposta, rimborsa all'Investitore-Contraente le somme da questi eventualmente corrisposte.

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 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. La Società ha il diritto di trattenere dal suddetto importo 25,00 euro a titolo di rimborso per gli oneri sostenuti per l'emissione del contratto.

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 e nell'Art.10 della SEZIONE III delle Condizioni Contrattuali ed è disponibile su appositi moduli che il Contraente-Assicurato può richiedere presso i Soggetti Abilitati o presso la Società.

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, a condizione che il Contraente-Assicurato sia in vita. 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.

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 e/o la gestione dei sinistri, devono essere presentati per iscritto, anche tramite comunicazione telefax o di posta elettronica a:

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

utilizzando il relativo modello e specificando numero di polizza, e, ove applicabile e/o disponibile il numero di preventivo o di sinistro nonché una descrizione esaustiva della doglianza.

Sul sito internet della Compagnia (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 reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, per mancato o parziale accoglimento, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, indirizzo PEC ivass@pec.ivass.it, compilando l'apposito modulo reso disponibile dall'Autorità sul sito internet www.ivass.it (tale modulo è altresì disponibile sul sito internet della Compagnia), corredato 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 Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per le controversie relative al presente contratto gli aventi diritto hanno la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione a fini conciliativi di cui al D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, in quanto condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Il tentativo di mediazione va effettuato davanti all'Organo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio principale del Cliente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

La richiesta di mediazione dovrà essere inviata, a cura dell'Organismo di Mediazione, presso Crédit Agricole Vita S.p.A, Via Imperia, 35 - 20142 Milano, oppure all'indirizzo di posta elettronica ca-vita@legalmail.it ovvero al numero di fax 02 882183313.

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.

Il Contraente-Assicurato è inoltre tenuto a comunicare alla Società l'eventuale inizio - ripresa del fumo (passaggio da "non fumatore" a "fumatore").

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 2016

CONDIZIONI CONTRATTUALI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI (codice tariffa N71)

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 a Premio annuo (**SEZIONE II**);
- Condizioni dell'Assicurazione complementare per malattia grave abbinabile all'assicurazione base sulla vita di cui al primo punto (**SEZIONE III**);
- Condizioni supplementari di Carenza (**SEZIONE IV**).

La presente forma assicurativa prevede la preventiva presentazione di alcuni accertamenti sanitari in rapporto all'entità del capitale assicurato. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla sottoscrizione di un questionario di buona salute o alla compilazione di un questionario sanitario di autocertificazione, 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.

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

Nel testo che segue, per "garanzia base" e "garanzie complementari" si intende:

- **garanzia base:** l'assicurazione principale del contratto "CA Vita Futuro Protetto", Temporanea per il caso di morte a premio annuo;
- **garanzia complementare:** l'assicurazione facoltativa in caso di malattia grave e aggiuntiva alla garanzia base, che completa nell'insieme la copertura assicurativa di "CA Vita Futuro Protetto".

La garanzia complementare malattia grave - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - è regolata dalle condizioni di cui alla Sezione 3 del presente fascicolo.

SEZIONE II

Condizioni garanzia base - Temporanea per il caso di morte a premio annuo

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 morte del Contraente-Assicurato che si verifichi prima della scadenza contrattuale, il capitale assicurato indicato sulla Scheda Copertura.

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

La copertura è prestata solo sino ad un'età massima dell'Assicurato di 80 anni 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.

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 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione del Contraente-Assicurato.

Sono previste tuttavia le esclusioni e le limitazioni di garanzia di seguito indicate.

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

- a) attività dolosa del Contraente-Assicurato o del Beneficiario;
- b) partecipazione del Contraente-Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva del Contraente-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-Assicurato, 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 del Contraente-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 il Contraente-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 dal Contraente-Assicurato che comportino una maggiorazio-

ne 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, subacquee 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 dal Contraente-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 il Contraente-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;
- c) infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto (ferme le esclusioni sopra indicate), intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbia come conseguenza la morte.

Qualora il Contraente-Assicurato, in sede di stipulazione del contratto, dichiari 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 de-

terminate 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 abitudini di vita (attività professionale e sportiva, situazione patrimoniale, stato di fumatore o non fumatore ecc.) e sullo stato di salute del Contraente-Assicurato ritenute necessarie. Il costo per eventuali accertamenti sanitari o per la produzione di qualsivoglia documento richiesto dalla Società è a carico del Contraente-Assicurato. Il rischio viene accettato dalla Società con riferimento all'ammontare del capitale da assicurare, all'età del Contraente-Assicurato e al suo stato di fumatore o non fumatore alla data di decorrenza. Gli accertamenti sullo stato di salute richiesti al Contraente-Assicurato possono consistere nella semplice sottoscrizione di un questionario sul proprio stato di salute, nella consegna di un rapporto di visita medica oppure in una serie di accertamenti sanitari più approfonditi.

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

Art. 3 - Definizione di non fumatore

Si definisce non fumatore il Contraente-Assicurato che non abbia mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza o della sottoscrizione del questionario di buona salute e che non abbia smesso di fumare dietro consiglio medico.

Qualora il Contraente-Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

La Compagnia, preso atto del maggior rischio accertato, provvederà alla rideterminazione del capitale assicurato come riportato al successivo Art 7.

Articolo 4 - Premio

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 scadute. Il premio annuo rimane costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto in via anticipata secondo la rateazione prescelta (annuale o semestrale) 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.

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

Ai premi annui corrisposti in rate semestrali verrà applicata una maggiorazione del 2% del premio annuo stesso e degli eventuali sovrappremi.

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 del Contraente-Assicurato presso uno dei Soggetti abilitati.

In alternativa (estinzione del c/c bancario) il pagamento dei premi si effettua tramite bonifico a favore della Società, indicando nella causale il cognome e il nome del Contraente-Assicurato ed il numero del contratto di polizza. La relativa scrittura di addebito costituisce la prova dell'avvenuto pagamento.

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

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

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

Articolo 5 - Spese del contratto

Su ogni versamento effettuato gravano spese per la produzione e per la gestione del contratto, pari ad un importo fisso di 10,00 Euro ed un caricamento in percentuale pari al 20,00% su ciascun premio annuo al netto del costo fisso di cui sopra; a questi si aggiunge un caricamento pari al 2% del capitale assicurato.

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.

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto, è stabilita all'atto della stipula e deve essere pari ad un numero intero di anni compreso tra 5 e 20 a scelta del Contraente-Assicurato, tenendo conto che l'età assicurativa di quest'ultimo alla scadenza del contratto non può essere superiore a 80 anni.

All'atto della sottoscrizione della proposta, il Contraente-Assicurato deve aver raggiunto la maggiore età (intesa come età assicurativa) e non deve aver superato l'età assicurativa di 75 anni.

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;
- scadenza del contratto indicata nella Scheda Copertura, se il Contraente-Assicurato risulta in vita a tale epoca;
- trascorsi 30 giorni dall'ultima rata di premio rimasta insoluta.

Articolo 7 - Dichiarazioni del Contraente-Assicurato

L'Assicurato-Contraente che inizi a fumare dopo la sottoscrizione del presente contratto deve comunicarlo per iscritto entro 30 giorni mediante raccomandata alla Società la quale, fermo restando il premio annuo

costante versato, provvederà a ricalcolare il corrispondente capitale.

Gli Assicurati-Contraenti che, al contrario, da stato di fumatori dovessero passare a non fumatori, non subiranno nessun ricalcolo né a livello di capitale né a livello di premio versato.

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. L'inesatta 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 Compagnia 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 Compagnia 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 l'Investitore-Contraente risulti avere la propria residenza fiscale (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 31 dicembre 2015).

A tal proposito l'Investitore-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 l'Investitore-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 l'Investitore-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 l'Investitore-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 dell'Investitore-Contraente e provvederà, nel caso, alle necessarie comunicazioni 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 consente la revoca della proposta, fino alla data di conclusione del contratto, tramite comunicazione scritta effettuata direttamente presso i Soggetti Abilitati o con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata all'Ufficio Portafoglio di Crédit Agricole Vita S.p.A. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società, previa consegna dell'originale del Modulo di proposta, rimborsa all'Investitore-Contraente le somme da questi eventualmente corrisposte.

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.

La Società ha il diritto di trattenere dal suddetto importo 25,00 euro a titolo di rimborso per gli oneri sostenuti per l'emissione del contratto.

Articolo 9 - Riduzione, riscatto e prestiti

Il presente contratto non consente riduzione e 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.

Articolo 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, da emettere entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta scritta del contraente.

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

Articolo 13 - Duplicato del contratto

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 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.

Articolo 15 - Pagamenti della Società

La Società deve ricevere qualunque richiesta di pagamento tramite comunicazione scritta effettuata direttamente presso i Soggetti Abilitati a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

Crédit Agricole Vita S.p.a. - Ufficio Liquidazioni

Via Imperia, 35 - 20142 Milano

TELEFAX: +39 02 721713213

E-MAIL: liquidazioni@ca-vita.it oppure PEC: liquidazioni.ca-vita@legalmail.it

TELEFONO: +39 02 721713233

Le richieste di pagamento devono essere accompagnate dai seguenti documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto:

- **per i pagamenti conseguenti all'esercizio del diritto di recesso dal contratto:** richiesta firmata dal Contraente-Assicurato; originale della Scheda Copertura con eventuali appendici;
- **per pagamenti conseguenti al decesso del Contraente-Assicurato:** originale del contratto e delle eventuali appendici; certificato di morte del Contraente-Assicurato; relazione sanitaria redatta dall'ultimo medico curante su apposito modello fornito dalla Società e dichiarazione del medesimo rilasciata sul ricettario, attestante la compilazione del predetto modello; copia integrale delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza del Contraente-Assicurato presso Ospedali o Case di Cura, complete di anamnesi patologica remota; documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio); originale dell'atto notorio, redatto davanti a Cancelliere o Notaio o Segretario Comunale ed alla presenza di due testimoni, da cui risulti se il Contraente-Assicurato ha lasciato o meno testamento e se quest'ultimo, di cui dev'essere

rimessa copia autentica, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul contratto risultano indicati, quali Beneficiari, gli eredi legittimi del Contraente-Assicurato, l'atto notorio dovrà altresì riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi del Contraente-Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi e dell'eventuale stato di gravidanza della vedova

È consentita la presentazione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui all'Art. 47 del D.P.R. 45/2000, in luogo dell'atto notorio esclusivamente nel caso in cui la somma degli importi liquidabili per sinistro o per riscatto di tutti i contratti stipulati con Crédit Agricole Vita S.p.A., aventi come contraente e/o assicurato il de cuius ed in vigore alla data del decesso, sia minore o uguale a:

- Euro 50.000,00 in caso di successione testamentaria.
- Euro 100.000,00 nel caso di successione legittima (ossia senza testamento)

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.

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.

Qualora vada perso l'originale del contratto, dovrà essere consegnata alla Società una copia della relativa denuncia effettuata presso l'autorità competente.

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

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-Assicurato; in presenza di procura, è richiesta copia del documento d'identità del procuratore.

I pagamenti vengono effettuati presso i Soggetti abilitati o presso l'Ufficio Liquidazioni della Società, contro rilascio di regolare quietanza.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della 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.

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

PARTE V - LEGGE APPLICABILE, FISCALITÀ E FORO COMPETENTE

Articolo 16 - 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 17 - Imposte

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

Articolo 18 - 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 19 - 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 garanzia complementare - Temporanea per il caso di malattia grave a premio annuo

PARTE I - OGGETTO DEL CONTRATTO

Articolo 1 - Prestazioni assicurate

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora al Contraente-Assicurato, nel corso del periodo di copertura annuale, venga diagnosticata una delle malattie gravi descritte al successivo art. 5, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del relativo capitale assicurato indicato in polizza. Il suddetto capitale non può essere inferiore all'importo minimo di 5.000,00 euro e superiore all'importo massimo di 500.000,00 euro.

La copertura è prestata solo sino ad un'età massima dell'Assicurato di 75 anni e l'ingresso in assicurazione è possibile esclusivamente per età comprese tra 18 e 70 anni.

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 liquidazione non sarà effettuata 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 dal Contraente-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, subacquee, 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 Contraente-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.

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

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 del rapporto di visita medica e dell'ulteriore documentazione medica eventualmente richiesta al Contraente-Assicurato.

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 abitudini di vita e sullo stato di salute del Contraente-Assicurato ritenute necessarie.

Il costo per eventuali accertamenti sanitari o per la produzione di qualsivoglia documento richiesto dalla Società è a carico del Contraente-Assicurato.

Il rischio viene accettato dalla Società con riferimento all'ammontare del capitale da assicurare, all'età del Contraente-Assicurato ed al suo stato di fumatore o non fumatore alla decorrenza. Gli accertamenti sullo stato di salute richiesti consistono nella sottoscrizione di un questionario sul proprio stato di salute, nella consegna di un rapporto di visita medica oppure in una serie di accertamenti sanitari più approfonditi.

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

Articolo 3 - Premio

Il premio annuo dovuto dal Contraente-Assicurato è costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto in via anticipata alla data di stipulazione del contratto e ad ogni successiva scadenza annuale (o semestrale) fino a che la Compagnia, 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.

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

L'entità del premio dipende dal capitale assicurato, dalla durata contrattuale, dalla rateizzazione prescelta, dall'età del Contraente-Assicurato, dalle sue condizioni di salute, dallo stato di fumatore o non fumatore, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sports praticati.

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 del Contraente-Assicurato presso uno dei Soggetti abilitati.

In alternativa (estinzione del c/c bancario) il pagamento dei premi si effettua tramite bonifico a favore della Società, indicando nella causale il cognome e il nome del Contraente-Assicurato ed il numero del contratto di polizza. 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.

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. 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

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. 7.

Al ricevimento della denuncia della diagnosi di malattia grave non cessa il diritto della Società alla riscossione dei premi pattuiti. 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.

Articolo 4 - Spese del contratto

Su ciascun premio gravano spese per la produzione e per la gestione del contratto, pari ad un importo fisso di 10,00 euro, un caricamento in percentuale pari al 20,00% sul premio al netto del costo fisso, ed un caricamento in percentuale del capitale assicurato pari a 0,02%.

Il premio può essere corrisposto, oltre che annualmente, anche in rate semestrali; in tal caso sarà applicata un'addizionale di frazionamento pari rispettivamente al 2% del premio stesso.

Articolo 5 - Definizione di "malattia grave" e relative esclusioni

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

- Tumore,
- Ictus,
- Infarto miocardico,
- Malattie che richiedono interventi di natura cardiovascolare,
- Insufficienza renale irreversibile,
- Insufficienza epatica,
- Trapianto d'organo.

Di seguito la descrizione di ciascuna malattia coperta:

Tumore

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).

Ictus cerebrale

Morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o di un'emorragia intracranica che produca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti.

Dalla garanzia vengono espressamente **esclusi**:

- Attacchi ischemici transitori (TIA),
- Danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni.

Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno che abbia dato seguito ai seguenti sintomi:

- Sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco),
- Comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG,
- Variazioni degli enzimi cardiaci registrati almeno ai seguenti livelli:
 - Troponin T > 1.0 ng/ml
 - AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente secondo altri metodi Troponin 1

Ci deve essere una chiara diagnosi di infarto acuto miocardico di emorragia.

Dalla garanzia vengono espressamente **escluse** le sindromi coronariche acute, compresa – a titolo di puro esempio - l'angina.

Chirurgia cardiovascolare: ogni tipo di operazione chirurgica che rientri nelle 3 definizioni riportate qui di seguito.

a) By pass coronarico

Intervento chirurgico che richiede una sternotomia mediana (incisione longitudinale sul torace), su consiglio di un cardiologo per correggere un restringimento o un blocco di una o più arterie coronariche per mezzo di by pass.

b) Chirurgia all'aorta

Intervento chirurgico che richiede una incisione sul torace o addome in seguito a diagnosi di una malattia dell'aorta con conseguente asportazione e sostituzione chirurgica di una porzione dell'aorta malata mediante una protesì. Con il termine "Aorta" si intende l'aorta toracica e addominale, ma non i suoi rami. Ad integrazione di suddetta definizione, le seguenti sono **escluse**:

- Qualsiasi altra procedura chirurgica, per esempio l'inserimento di stents o riparazione endovascolare
- Intervento chirurgico in seguito a lesione traumatica dell'aorta

c) Sostituzione o riparazione della valvola aortica

Intervento chirurgico che richiede una sternotomia mediana (incisione longitudinale sul torace), su consiglio di un cardiologo per la sostituzione o riparazione di una o più valvole cardiache.

Insufficienza renale

L'irreversibilità cronica o l'insufficienza totale di entrambi i reni a conseguenza della quale si rende necessaria una regolare dialisi renale.

Insufficienza epatica cronica terminale

L'insufficienza epatica cronica terminale che è da intendersi permanente e irreversibile e caratterizzata da ittero permanente, varici esofagee, ascite e encefalopatia epatica.

I criteri sopra menzionati devono essere presenti in modo persistente e la diagnosi di insufficienza epatica cronica terminale deve essere stata confermata dal medico specialista in Gastroenterologia o in Medicina Interna.

L'insufficienza epatica cronica terminale secondaria ad abuso di alcoolici e droghe è esclusa.

Trapianto d'organo

Sottoporsi come ricevente al trapianto di midollo osseo o al trapianto completo di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone.

È necessaria la certificazione dell'inserimento in linea d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

Dalla garanzia vengono espressamente **esclusi**:

- Trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato, parti di organo o di tessuti o cellule.

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, REGOLAMENTAZIONE E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

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

La garanzia malattia grave entra in vigore con la conclusione del contratto.

Il contratto è perfezionato (concluso) nel momento in cui la Società abbia rilasciato al Contraente-Assicurato il Modulo di Polizza.

Il contratto entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio dovuto, il giorno del perfezionamento del contratto (data di conclusione del contratto).

Le date di emissione del contratto e di decorrenza sono riportate sul Modulo di Polizza.

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.

Presupposto per la sottoscrizione della garanzia è l'accertamento dello stato di salute dell'assicurando, ed è pertanto necessaria la sottoscrizione di questionario sul proprio stato di salute, la consegna di un rapporto di visita medica oppure di una serie di accertamenti sanitari più approfonditi. Per informazioni dettagliate sugli accertamenti sanitari e i criteri assuntivi si rimanda all'Allegato 1.

Oltre che per gli eventi descritti nel precedente Art. 6 della SEZIONE II relativa alla garanzia base temporanea caso morte, la garanzia si risolve con effetto immediato in caso di diagnosi della malattia grave del

Contraente-Assicurato entro la scadenza contrattuale.

Articolo 7 - Riduzione

Dato che la Società, come descritto nel precedente Art. 3, si riserva la possibilità di modificare l'importo del premio annuo nel corso della durata contrattuale, 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 ad un importo dato dalla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Articolo 8 - Obblighi della Società e del Contraente-Assicurato

Gli obblighi della Società e del Contraente-Assicurato risultano esclusivamente dal contratto e relative appendici da essi firmati.

PARTE III - DENUNCIA, DIAGNOSI ED ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA GRAVE - LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

Articolo 9 - Beneficiari

Il Contraente-Assicurato è il Beneficiario della prestazione di cui all'Art 1.

Articolo 10 - Pagamenti della Società

La Società deve ricevere qualunque richiesta di pagamento tramite comunicazione scritta effettuata direttamente presso i Soggetti Abilitati a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

Crédit Agricole Vita S.p.a. - Ufficio Liquidazioni

Via Imperia, 35 - 20142 Milano

TELEFAX: +39 02 721713213

E-MAIL: liquidazioni@ca-vita.it oppure PEC: liquidazioni.ca-vita@legalmail.it

TELEFONO: +39 02 721713233

Le richieste di pagamento devono essere accompagnate dai seguenti documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In caso di richiesta della **prestazione per malattia grave** dovrà essere trasmesso il 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.

La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso. La Società potrà accertare la diagnosi di "malattia grave" del Contraente-Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

La Società effettua il pagamento per la prestazione in caso di "malattia grave" a condizione che il Contraente-Assicurato sia in vita trascorsi 28 giorni (periodo di franchigia) dalla data di prima diagnosi della malattia grave. **Il pagamento della somma assicurata determina la cessazione della garanzia "malattia grave"**

e nulla sarà dovuto dalla Società in caso di diagnosi di una seconda malattia.

Qualora vada perso l'originale del Scheda Copertura, dovrà essere consegnata alla Società una copia della relativa denuncia effettuata presso l'autorità di competenza.

Per tutti i pagamenti della Società è richiesto inoltre:

- copia del documento d'identità del Contraente-Assicurato;
- in presenza di procura, è richiesta copia del documento d'identità del procuratore.

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

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 al Contraente-Assicurato 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 uno dei Soggetti Abilitati al collocamento o presso l'Ufficio Liquidazioni della Società contro rilascio di regolare quietanza.

Articolo 11 - Collegio medico arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sullo stato e grado di non autosufficienza, 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.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di non autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

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.

Articolo 12 - Richiamo alle condizioni della garanzia base

Alla presente garanzia si applicano, per quanto qui non regolato, le disposizioni della polizza base.

SEZIONE IV

Condizioni supplementari di Carenza

- la garanzia base del contratto e la garanzia complementare malattie gravi abbinabili e comprese in polizza, richiedano il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Contraente-Assicurato mediante visita medica;
- il Contraente-Assicurato si sia limitato alla compilazione di un questionario anamnestico ed il presente contratto sia stato pertanto assunto, in particolare, senza visita medica;
- siano esplicitamente richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della polizza.

Art. 1 - Contratti conclusi senza visita medica

Nel caso in cui il contratto sia stato concluso con la compilazione del solo questionario sanitario, 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. 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 Compagnia non applicherà alcun periodo di carenza e la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il sinistro 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, per tossi, 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.

Edizione Maggio 2016

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.

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.

rica, 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.

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.

Modulo di Proposta:

Modulo sottoscritto dal Contraente-Assicurato con il quale egli manifesta all'Impresa di Assicurazione la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

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.

Professione:

Attività abituale e prevalente retribuita.

Questionario medico:

è il modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Contraente-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.

Scheda Copertura:

è il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione. Su di esso vengono raccolte le firme del Contraente-Assicurato e della Società, e riportati i dati identificativi del Contraente-Assicurato e dei Beneficiari; inoltre vengono indicate e riassunte le principali caratteristiche del contratto (il tipo, gli importi delle prestazioni, il premio, 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 del Contraente-Assicurato.

Società:

Crédit Agricole Vita S.p.A. - impresa regolarmente autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa -, definita anche Compagnia 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 bise-stilità)
- 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. 71 - Assicurazione temporanea in caso di morte e di insorgenza di malattia grave a capitale e premio annuo costante

SCHEDA COPERTURA

Contratto n.		CAB:	
Contraente-Assicurato:			
Codice Fiscale	Nato il:	Età:	Sesso:
Residente a:	CAP:	Prov.:	
Indirizzo:			
Decorrenza:	Durata:	Scadenza:	
Capitale assicurato Caso Morte: EUR			
Capitale assicurato Grave Malattia: EUR			
L'assicurato è fumatore:			
		Premio base annuo: EUR	
Professione:		Sovrapremio: EUR	
Attività sportiva:		Sovrapremio: EUR	
		Sovrapremio sanitario annuo: EUR	
		Premio totale annuo: EUR	
Frazionamento premio:			
Rata lorda: EUR	Rata totalmente di rischio (ex art. 13 bis lett, f TUIR)		
Beneficiari caso morte:			
Beneficiario grave malattia: il Contraente - assicurato stesso			
<p>Opz1 - Il presente contratto è stato emesso a seguito della valutazione delle informazioni fornite dall'assicurato sul proprio stato di salute</p> <p>Opz2 - Il presente contratto è stato emesso a seguito di valutazione del "Questionario Sanitario"</p> <p>Opz3 - Il presente contratto è stato emesso a seguito di valutazione della documentazione medica fornita dal Contraente</p>			

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.

Il presente contratto viene stipulato in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente-Assicurato sul MODULO DI PROPOSTA N. XXXXXXXXX e sulla presente scheda copertura, nonchè sugli altri documenti che costituiscono parte integrante del contratto stesso. 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 domiciliato in Italia.

CRÉDIT AGRICOLE VITA S.P.A.

Marco Di Guida



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 - Rischio di morte; Art. 4 - 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.

Sezione III - 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.

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Il contratto è stato emesso e perfezionato il _____ in _____ con le firme del Contraente e dell'Assicurato.
 Il pagamento del premio unico di EUR _____ è stato effettuato il _____ tramite bonifico bancario a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A.



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
 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.

