

Assicurazione temporanea per il caso Morte, Malattia Grave e Non Autosufficienza

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



Crédit Agricole Vita S.p.A.
Prodotto: Protezione Pensare Domani

Data di realizzazione DIP Vita aggiuntivo Maggio 2023
(il DIP Vita aggiuntivo pubblicato è l'ultimo disponibile)

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

Il cliente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società di nazionalità italiana interamente partecipata da Crédit Agricole Assurances S.A.
Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023
Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Tel. n. verde 800973015 - n. dall'estero +39 0230301025
Sito internet: www.ca-vita.it - Indirizzo email: informazioni@ca-vita.it - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it
Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P.IVA 02886700349
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.
Capogruppo del "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 057

L'ammontare del Patrimonio Netto al 31/12/2022 (data ultimo bilancio approvato) è pari a 885,04 milioni di Euro, di cui 236,35 milioni di Euro relativi al capitale sociale e 648,69 milioni di Euro relativi al totale delle Riserve Patrimoniali.

- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.ca-vita.it
- Requisito patrimoniale di solvibilità: 1.085,70 milioni di euro
- Requisito Patrimoniale minimo: 474,83 milioni di euro
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: 1.496,66 milioni di euro
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale minimo: 1.184,23 milioni di euro
- Indice di solvibilità (SCR): 138%

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Protezione Pensare Domani è un Contratto di assicurazione di tipo modulare che opera con le seguenti Coperture Principali, di seguito chiamati anche Moduli) acquistabili e combinabili a scelta del Cliente:

1. Copertura Temporanea Caso Morte: prevede che la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato durante il periodo di copertura, paghi ai Beneficiari il Capitale Assicurato per il Caso di Morte, in un'unica soluzione, nel rispetto delle previsioni del Contratto. L'attivazione di tale garanzia dà sempre diritto a una tutela anticipatoria e sostitutiva in caso di Malattia Terminale dell'Assicurato.

Inoltre, le garanzie complementari facoltative "Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale" e "Morte di entrambi i coniugi o conviventi" possono essere selezionate solo insieme alla copertura principale Temporanea Caso Morte; tali garanzie facoltative non possono essere acquistate insieme, essendo tra loro alternative.

2. Copertura Temporanea Malattia Grave: prevede che, nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave durante il periodo della copertura, la Compagnia paghi all'Assicurato il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave, in un'unica soluzione, nel rispetto delle previsioni del Contratto.

3. Copertura Temporanea Non Autosufficienza: prevede che la Compagnia, nel caso in cui venga accertata la Non Autosufficienza dell'Assicurato, nel compimento degli atti di vita quotidiana, durante il periodo della copertura, paghi all'Assicurato la Rendita Assicurata, in rate mensili, per la durata di 10 anni; la selezione di questa garanzia dà sempre diritto ad una copertura complementare consistente nel pagamento del Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza, nel rispetto delle previsioni del Contratto.

Il Contratto è sottoscritto dal Cliente (di seguito detto anche Contraente) che può essere anche persona diversa all'Assicurato. In particolare, il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, può scegliere quale/i Modulo/i o Garanzia/e intende attivare. La presenza di più Moduli consente al Cliente di scegliere e acquistare, con un unico Contratto, uno solo o più d'uno tra i Moduli offerti.

Copertura Temporanea Caso Morte:

In caso di morte dell'Assicurato, la Compagnia pagherà ai Beneficiari il capitale assicurato per il caso di morte.

Il capitale assicurato può essere scelto dal Cliente con un minimo di euro 20.000,00 ed un massimo di euro 1.000.000,00. La scelta del Capitale Assicurato può essere effettuata per multipli di € 1.000,00. Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale, la Compagnia pagherà all'Assicurato il capitale previsto in caso di morte.

A seguito del pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte in via anticipativa per Malattia Terminale, la Copertura Temporanea Caso Morte si estingue e non è previsto alcun ulteriore pagamento da parte della Compagnia con riferimento alla Copertura Temporanea Caso Morte.

In caso di Malattia Terminale dell'Assicurato, il Contratto resta in vigore fino al decesso dell'Assicurato se sussistono altri Moduli/ Garanzie principali attive, mentre tutte le altre garanzie relative al Modulo Temporanea Caso Morte si estinguono.

Se selezionata la garanzia complementare facoltativa morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale:

- (i) in caso di morte dell'Assicurato dovuta ad Infortunio la Compagnia pagherà ai Beneficiari un capitale aggiuntivo pari al capitale assicurato per il caso di morte, fino ad un massimo di 250.000,00 euro o
- (ii) in caso di morte dell'Assicurato dovuta ad Infortunio per Incidente Stradale la Compagnia pagherà ai Beneficiari un capitale aggiuntivo pari al doppio del capitale assicurato per il caso di morte, fino ad un massimo di 500.000,00 euro.

In caso di morte da Infortunio dovuta al medesimo evento che colpisca contestualmente l'Assicurato e il suo coniuge/convivente e qualora tra i Beneficiari risultino:

- figli minori conviventi oppure,
- figli riconosciuti invalidi civili con una % pari o superiore al 66% oppure,
- figli che siano diventati maggiorenni in corso di copertura e che risultino a carico al momento del sinistro,

La Compagnia pagherà a tali Beneficiari della presente copertura un capitale addizionale, ulteriore rispetto a quello dovuto per la Copertura Temporanea Caso Morte, pari al Capitale Assicurato per il Caso di Morte fino a un massimo di 150.000,00 Euro.

Nel corso della durata del Contratto qualora tra i Beneficiari non risulti più alcun soggetto con le caratteristiche previste dalla copertura, il Cliente ha la facoltà di richiedere la cessazione della Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi alla Compagnia. In tal caso, i premi delle annualità successive non sono più dovuti dal Cliente alla Compagnia.

Copertura Temporanea Malattia Grave

In caso di diagnosi di Malattia Grave dell'Assicurato, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi alla data di prima diagnosi, senza limitazioni territoriali, la Compagnia pagherà all'Assicurato il capitale assicurato per il caso di Malattia Grave. Il capitale assicurato può essere scelto dal Cliente con un minimo di euro 10.000 ed un massimo di euro 300.000. La scelta del capitale assicurato può essere effettuata per multipli di € 1.000,00.

Il pagamento del capitale assicurato per il caso di Malattia Grave determina la cessazione della Copertura Temporanea Malattia Grave e la Compagnia non pagherà alcun importo in caso di diagnosi di una seconda Malattia Grave durante la durata del Contratto.

Per Malattia Grave si intende esclusivamente:

- Cancro;
- Infarto miocardico;
- Ictus;
- Innesto di by-pass aortocoronarico;
- Insufficienza renale irreversibile;
- Insufficienza epatica terminale;
- Trapianto d'organo;
- Malattia dei motoneuroni (compresa SLA).

Per informazioni aggiuntive su ognuna delle malattie si faccia riferimento alle Condizioni di Assicurazione.

Copertura Temporanea Non Autosufficienza

In caso di diagnosi di Non Autosufficienza dell'Assicurato, se tale condizione si protrae oltre 90 giorni dalla data di prima diagnosi, senza limitazioni territoriali, la Compagnia pagherà all'Assicurato la Rendita Assicurata, in rate mensili posticipate e per un massimo di 10 anni, a condizione che lo stesso sia ancora in vita e che perduri lo stato di Non Autosufficienza. L'entità della rendita assicurata può essere scelta dal Cliente con un minimo di euro 1.000 ed un massimo di euro 2.500. La scelta della Rendita Assicurata mensile può essere effettuata per multipli di € 100,00.

Il pagamento di tale rendita determina la cessazione della copertura e la Compagnia non pagherà alcun importo in caso di diagnosi successiva di Non Autosufficienza occorsa nella durata del Contratto. Infatti, dal momento del riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, il Cliente non dovrà più corrispondere i premi delle annualità successive riferibili alla Copertura Temporanea Non Autosufficienza.

In caso di scelta della Copertura Temporanea Non Autosufficienza, è sempre inclusa una copertura complementare che prevede il pagamento, unitamente alla prima rata di rendita, del Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza, pari a 4 mensilità di Rendita Assicurata.

Ai fini del presente Contratto è ritenuta non-autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

1. Lavarsi - la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia, incluso entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia;
2. Vestirsi e svestirsi - la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. Mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi);
4. Spostarsi - la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. Continenza - la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente
6. Alimentarsi - la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona

Unitamente alle coperture acquistate all'interno del Contratto viene automaticamente attivato, senza costi aggiuntivi, un pacchetto di servizi di assistenza che prevede una serie di prestazioni erogate da Inter Partner Assistance S.A., società con la quale la Compagnia ha stipulato apposita polizza collettiva. Per prestazioni e servizi di assistenza, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa di Inter Partner Assistance al numero telefonico dedicato.

Per maggiori dettagli sui servizi e le prestazioni di assistenza e per reperire il numero telefonico da contattare per ricevere le prestazioni, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione del Pacchetto Servizi di Assistenza, incluse nel set informativo del prodotto.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Per chiarezza si riportano per intero tutte le limitazioni di copertura fornite nel DIP Vita.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il Caso di Morte in caso di morte o Malattia Terminale dell'Assicurato causata da:

- a. Attività dolosa del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari
- b. Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- c. Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- d. Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e. Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla Data di Decorrenza o se, essendovi stata sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dall'eventuale riattivazione del Contratto, esercitata entro sei mesi dall'eventuale mancato pagamento del premio;
- f. Pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano, ecc.), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico;
- g. Malattie o infortuni correlati all'abuso di alcool o all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- h. Stato di ubriachezza/ebbrezza dell'Assicurato e/o coniuge alla guida del veicolo, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada;
- i. Infezione da virus HIV o sindrome da stato di immunodeficienza acquisita o sindromi o stati assimilabili durante i primi 5 anni dalla Data di Decorrenza;
- j. Decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come Paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it; qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- k. Decesso avvenuto in un qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

Per quanto riguarda gli sport presenti nel precedente punto f) essi sono esclusi a priori dagli obblighi di cui alle prestazioni assicurate con il presente Contratto solo se non dichiarati dall'Assicurato durante la fase di valutazione che precede la sottoscrizione del Contratto o durante la durata del Contratto, se l'esercizio di tali sport o attività inizia successivamente. Qualora l'Assicurato dichiari la pratica di uno di questi sport o attività, la Compagnia procederà ad analizzare il conseguente aggravio del rischio e deciderà sia in fase di sottoscrizione che in corso di contratto se assumere il rischio e adeguare il Prezzo o il Capitale Assicurato o rifiutare la copertura.

La garanzia si attiva automaticamente trascorsi 6 mesi (Carenza) dalla Data di Decorrenza. Il periodo di carenza:

- non è previsto qualora l'Assicurato, prima dell'attivazione della Copertura Temporanea Caso Morte, si sia sottoposto a visita medica con esito negativo;
- è esteso a cinque anni dalla Data di Decorrenza nel caso di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e altre patologie collegate. Con riferimento a tali tipologie di patologia è possibile escludere la Carenza tramite apposito test HIV.

In tale periodo, in caso di decesso o Malattia Terminale dell'Assicurato, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa, ma una somma pari al Prezzo pagato per la Copertura Temporanea Caso Morte.

In deroga a quanto sopra previsto, durante il periodo di Carenza, la Compagnia paga integralmente il Capitale Assicurato per il Caso di Morte, solo nel caso in cui la morte avvenga per conseguenza diretta:

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Data di Decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, 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. di shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di Decorrenza;
- c. di Infortunio avvenuto dopo la Data di Decorrenza.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il caso di morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale per la morte dell'Assicurato causata da:

- a) Attività dolosa del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- b) Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- c) Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- d) Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla Data di Decorrenza o se, essendovi stata sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dall'eventuale riattivazione del Contratto, esercitata entro

sei mesi dall'eventuale mancato pagamento del premio;

- f) Decesso a causa di Infortuni correlati all'abuso di alcool o all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- g) Stato di ubriachezza/ebbrezza dell'Assicurato e/o coniuge alla guida del veicolo, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada
- h) Esiti di Infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione del Contratto, sottaciuti alla Compagnia;
- i) Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- j) Pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro o speleologo; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri, addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere; collaudatore di veicoli; lavoro su piattaforme petrolifere; membri delle forze dell'ordine o forze armate; guide alpine;
- k) Pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano, ecc.), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico;
- l) Partecipazioni a competizioni, gare, corse e relative prove od allenamenti, effettuata con veicoli a motore o natanti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) ed a quelle ippiche, calcistiche, ciclistiche (salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo);
- m) Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- n) Decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come Paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it; qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- o) Decesso avvenuto in un qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

Per quanto riguarda gli sport presenti nei precedenti punti k) e l) e le attività di cui al precedente punto j) essi sono esclusi a priori dagli obblighi di cui alle prestazioni assicurate solo se non dichiarati dall'Assicurato durante la fase di valutazione che precede la sottoscrizione del Contratto o, durante la durata del Contratto, se l'esercizio inizia successivamente.

Qualora l'Assicurato dichiari la pratica di uno di questi sport e/o attività, la Compagnia procederà ad analizzare il conseguente aggravio del rischio e deciderà sia in fase di sottoscrizione che in corso di Contratto se assumere il rischio e adeguare il Prezzo o il Capitale Assicurato o rifiutare la copertura.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi per la morte dell'Assicurato e del coniuge o convivente causata da:

- a) Attività dolosa del Contraente, dell'Assicurato e/o del coniuge o convivente o dei Beneficiari;
- b) Partecipazione attiva dell'Assicurato e/o del coniuge o convivente a delitti dolosi;
- c) Partecipazione attiva dell'Assicurato e/o del coniuge o convivente a fatti di guerra;
- d) Incidente di volo, se l'Assicurato e/o il coniuge o convivente viaggiano a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo
- e) Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla Data di Decorrenza o se, essendovi stata sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dall'eventuale riattivazione del Contratto, esercitata entro sei mesi dall'eventuale mancato pagamento del premio;
- f) Decesso a causa di Infortuni correlati all'abuso di alcool o all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- g) Stato di ubriachezza/ebbrezza dell'Assicurato e/o del coniuge o convivente alla guida del veicolo, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada;
- h) Esiti di Infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione del Contratto, sottaciuti alla Compagnia;
- i) Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- j) Pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro o speleologo; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri, addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere; collaudatore di veicoli; lavoro su piattaforme petrolifere; membri delle forze dell'ordine o forze armate; guide alpine.
- k) Pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano, ecc.), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico;
- l) Partecipazioni a competizioni, gare, corse e relative prove od allenamenti, effettuata con veicoli a motore o natanti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) ed a quelle ippiche, calcistiche, ciclistiche (salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo);
- m) Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato e/o il coniuge o convivente è privo della prescritta abilitazione;

- n) Decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato e/o il coniuge o convivente si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- o) Decesso avvenuto in un qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato e/o del coniuge o convivente. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

Per quanto riguarda gli sport presenti nei precedenti punti k) e l) e le attività di cui al precedente punto j) essi sono esclusi a priori dagli obblighi di cui alle prestazioni assicurate solo se non dichiarati dall'Assicurato durante la fase di valutazione che precede la sottoscrizione del Contratto o, durante la durata del Contratto, se l'esercizio inizia successivamente.

Qualora l'Assicurato dichiari la pratica di uno di questi sport o attività, la Compagnia procederà ad analizzare il conseguente aggravio del rischio e deciderà sia in fase di sottoscrizione che in corso di contratto se assumere il rischio e adeguare il Prezzo o il Capitale Assicurato o rifiutare la copertura.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave nei seguenti casi:

- a) dolo del Cliente o dell'Assicurato;
- b) atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- c) atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- d) malattie/Infortuni correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- e) negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
- f) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- g) contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- h) pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob.

Inoltre, per quanto riguarda la Copertura Temporanea Malattia Grave, il Contratto non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle Malattie Gravi coperte di cui l'Assicurato abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura.

A tal fine, Infarto, Ictus e Innesto By-Pass Aortocoronarico pregressi vengono considerati come un'unica malattia; vale a dire se l'Assicurato ha subito un infarto prima della Data di Decorrenza della copertura non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per tutti i futuri infarti, ictus o Innesto By-Pass Aortocoronarico.

La presente garanzia si attiva automaticamente trascorsi 6 mesi (Carenza) dalla Data di Decorrenza.

Il periodo di Carenza non è previsto se l'Assicurato decide di sottoporsi a visita medica prima dell'attivazione della copertura, ad eccezione della diagnosi della Malattia Grave "Cancro" per cui il periodo di Carenza è sempre previsto anche in presenza della visita medica.

Durante il periodo di Carenza, nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una Malattia Grave tra quelle definite di seguito, la Compagnia paga all'Assicurato, al posto del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave, il Prezzo pagato per la Copertura Temporanea Malattia Grave, ad eccezione del caso in cui la Malattia Grave avvenga per conseguenza diretta di Infortunio avvenuto dopo la Data di Decorrenza. In tale ultimo caso, la Compagnia paga all'Assicurato il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave.

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

- **Cancro**
 - o tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;
 - o qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual;
 - o tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;
 - o tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2cm;
 - o tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0;
 - o tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

- Infarto miocardico
 - angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
 - cardiomiopatia da stress (Takotsubo);
 - lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.
- Ictus
 - attacco ischemico transitorio (TIA);
 - danni cerebrali dovuti ad infortunio o trauma;
 - disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
 - eventi vascolari della colonna vertebrale;
 - ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.
- Innesto di by-pass aortocoronarico
 - l'angioplastica a palloncino (PTCA);
 - il cateterismo cardiaco;
 - la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose.
- Insufficienza renale irreversibile
 - l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea;
 - l'insufficienza renale monolaterale
- Insufficienza epatica terminale
 - insufficienza epatica terminale correlata ad abuso di alcol o droghe.
- Trapianto d'organo
 - trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari e trapianto di altri organi o tessuti non inclusi nella definizione

La Compagnia non pagherà la Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza e il Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza nei seguenti casi:

- a) azioni dolose del Cliente o dell'Assicurato;
- b) guerra civile o straniera, tumulti, rissa, atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- c) fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di farmaci o stupefacenti non prescritti dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- d) patologie derivanti da abuso cronico di alcol;
- e) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano etc.), immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey;
- g) pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- h) patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.).

L'attivazione della Garanzia avviene automaticamente:

- trascorso un periodo di 36 mesi (Carenza) dalla Data di Decorrenza, in caso di Non Autosufficienza causata da malattie neurologiche nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla); e
- trascorso un periodo di 12 mesi dalla Data di Decorrenza per altre malattie.

Il periodo di Carenza è sempre previsto anche qualora l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

Durante il periodo di Carenza, nel caso in cui venga accertata la Non Autosufficienza dell'Assicurato, la Compagnia paga all'Assicurato il premio pagato per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza.

In caso di Non Autosufficienza verificatasi durante il periodo di Carenza, la Compagnia paga all'Assicurato integralmente la Rendita Assicurata e il Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza solo nel caso in cui tale status sia conseguenza diretta di Infortunio, avvenuto dopo la Data di Decorrenza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

Per richiedere il pagamento alla Compagnia, per qualunque causa, l'Assicurato o, a seconda del caso, i Beneficiari, devono firmare una comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad una delle Banche Abilitate, oppure
- Inviata tramite e-mail all'indirizzo: sinistri.vita@ca-vita.it, oppure
- Inviata tramite PEC all'indirizzo: liquidazioni.ca-vita@legalmail.it

	<ul style="list-style-type: none"> • Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Crédit Agricole Vita S.p.A. Servizio Liquidazioni Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano <p>Alla comunicazione devono essere sempre allegati:</p> <p>Per tutte le garanzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia di un documento di identità e del codice fiscale del richiedente (a seconda del caso l'Assicurato o i Beneficiari), se non già presentati o se quelli presentati sono scaduti; • Se la richiesta è effettuata da un procuratore o da un rappresentante legale, oltre all'atto di nomina, è necessario allegare anche copia di un documento di identità e del codice fiscale di questo soggetto; Se uno dei Beneficiari è minore o incapace, originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizza alla riscossione della somma ed indica le modalità del reimpiego di tale somma. Inoltre: • Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte, del Capitale Assicurato per il caso di morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale e Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti; • Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Terminale, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti; • Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti; • Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Non Autosufficienza e della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti; <p>La Compagnia si riserva comunque il diritto, se vi sono di particolari esigenze di approfondimento, 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.</p>
	<p>I Beneficiari devono presentare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice. • Copia della cartella clinica informatizzata limitata ai 5 anni antecedenti la Data di Decorrenza. In assenza di cartella clinica informatizzata, dovrà essere fornita anamnesi medica limitata ai 5 anni antecedenti la Data di Decorrenza; • Relazione del medico curante; • In caso di morte violenta (Infortunio, suicidio, omicidio): documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze della morte; • In caso di morte dovuta a Infortunio da Incidente Stradale, oltre a tutti i documenti sopra riportati: rapporto di Polizia o delle autorità competenti comprensivo di test alcolimetrico e test sull'abuso di sostanza stupefacenti se previsto; • In caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi: Stato di famiglia, estratto di matrimonio o, in alternativa, autodichiarazione del beneficiario o del suo Tutore Legale sul legame tra i due conviventi deceduti. • Se il Cliente ha nominato come Beneficiari gli eredi dell'Assicurato <ul style="list-style-type: none"> ○ Se l'Assicurato ha lasciato un testamento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ copia autentica o estratto autentico del testamento; ▪ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da cui risulti: <ul style="list-style-type: none"> - quali sono gli eredi, - che il testamento presentato è l'unico o ultimo conosciuto e, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, - che non sono insorte vertenze sull'eredità o mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti, - che oltre le persone chiamate dal testatore non ve ne sono altre alle quali la legge riservi una quota di eredità o altri diritti alla successione;

- Se l'Assicurato non ha lasciato un testamento:
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari.
- Se il Cliente ha nominato i Beneficiari senza fare riferimento alla loro qualità di erede (ad esempio indicando il nome del Beneficiario)
 - la documentazione necessaria per provare la propria designazione, se tale designazione non risulta già dal Modulo di Polizza o dalla documentazione in possesso della Compagnia;
 - Se l'Assicurato ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - quali sono i Beneficiari,
 - che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,
 - che non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti,
 - che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e
 - che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari.
 - Se l'Assicurato non ha lasciato un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari.

La Compagnia può richiedere l'originale del Contratto se c'è un contrasto tra quanto richiesto dal Beneficiario e la documentazione in possesso della Compagnia o quando la Compagnia contesti l'autenticità del Contratto o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere. Quanto previsto dal presente comma non deroga tuttavia alle disposizioni di legge applicabili in caso di contenzioso.

In caso di attivazione della copertura per Malattia Terminale, l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della Malattia Terminale di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

In caso di attivazione della Copertura Temporanea Malattia Grave, l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della Malattia Grave di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

In caso di attivazione della Copertura Temporanea Non Autosufficienza, l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi di Non Autosufficienza di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

Alla scadenza del primo e del secondo anno dall'inizio dell'erogazione della rendita, la Compagnia si riserva a proprio totale carico, la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad accertamenti o di richiedere all'Assicurato documentazione medica al fine di verificare l'effettivo permanere dello stato di Non Autosufficienza.

Qualora durante l'erogazione della Rendita Assicurata, per il caso di Non Autosufficienza lo

status di Non Autosufficienza cessi di esistere, il pagamento della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza viene interrotto e le eventuali erogazioni non dovute, a partire dall'accertamento della cessazione della condizione di Non Autosufficienza, dovranno essere restituite alla Compagnia.

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera di raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

In caso di recupero dello stato di autosufficienza la copertura non viene ripristinata e la Compagnia non pagherà alcun importo in caso di diagnosi successiva di Non Autosufficienza durante la durata del Contratto; in tal caso, il Cliente non dovrà più pagare alcun premio riferibile alla Copertura Temporanea Non Autosufficienza e non sarà richiesto al Cliente il pagamento delle annualità successive.

In caso di decesso dell'Assicurato nei 90 giorni successivi alla diagnosi di Non Autosufficienza effettuata dal suo medico curante o incaricato, nulla è dovuto da parte della Compagnia.

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento dello stato di Non Autosufficienza, ma comunque trascorsi 90 giorni dalla diagnosi, la Compagnia riconoscerà comunque una prestazione pari al Capitale Aggiuntivo una tantum e alla Rendita Assicurata mensile posticipata per il numero di mensilità trascorse dalla data successiva al termine dei 90 giorni fino al decesso.

In caso di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della Rendita Assicurata, il Cliente, se diverso dall'Assicurato, o chi per suo conto, dovranno comunicare tempestivamente il decesso dell'Assicurato.

Ogni anno, l'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

Nel caso in cui la Compagnia accerti la presenza dei requisiti per il riconoscimento dello stato di Non autosufficienza e riconosca il diritto alla prestazione assicurata, la Compagnia inizierà a pagare le rate di rendita.

La prima rata sarà erogata il mese successivo alla data dell'avvenuto riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia comprese anche le rate eventualmente maturate e non corrisposte nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza.

Insieme alla prima rata di rendita sarà erogato anche il Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza.

Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti per i quali non sia prevenuta alla Compagnia 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 finanziari, previsto all'art. 343 della Legge 23 dicembre 2005, n.266.

Liquidazione della prestazione

Una volta ricevuta tutta la documentazione sopraindicata, la Compagnia si impegna entro 30 giorni a dare riscontro al Beneficiario in merito al riconoscimento o meno della prestazione oppure a chiedere ulteriore consulto medico e/o integrazione della documentazione sanitaria che si rendesse necessaria in caso di particolari esigenze di approfondimento.

In caso di ulteriore consulto medico, entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta di accertamento, la Compagnia deve comunicare al Beneficiario nominativo e recapiti del proprio medico fiduciario. Una volta ricevuto l'esito del medico fiduciario, entro 30 giorni la Compagnia si impegna a dare riscontro al Beneficiario in merito al riconoscimento o meno della prestazione.

Se sussiste l'obbligo di pagamento, la Compagnia paga al Beneficiario la somma dovuta entro il suddetto termine di 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione sopraindicata o della documentazione integrativa o dell'ulteriore accertamento richiesto dalla Compagnia, salvo che siano trascorsi i termini di seguito indicati:

- per la Copertura Temporanea Malattia Grave, le somme dovute sono riconosciute a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi alla data di prima diagnosi;
- per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza, le somme dovute sono riconosciute se la condizione di Non Autosufficienza dell'Assicurato si protrae oltre 90 giorni dalla data di prima diagnosi.

	<p>Dopo tali termini sono dovuti gli interessi legali, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno.</p> <p>Con riferimento alle coperture Malattia Terminale, Copertura Temporanea Malattia Grave e Copertura Temporanea Non Autosufficienza, in caso di decesso dell'Assicurato nel periodo che intercorre tra la data di accertamento dell'obbligo di pagamento da parte della Compagnia e la data di pagamento delle somme dovute, la Compagnia riconoscerà comunque la somma dovuta agli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è stata ricevuta tutta la documentazione sopraindicata, incluso l'eventuale ulteriore consulto medico, sempre che siano trascorsi i periodi sopra indicati.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Il Cliente e l'Assicurato hanno l'obbligo di fornire dichiarazione esatte e non reticenti, evitando di fornire risposte false o inesatte a domande della Compagnia o tacere, anche in assenza di esplicita domanda della Compagnia, su circostanze rilevanti per la determinazione del rischio e che quindi avrebbero comportato il rifiuto della Compagnia a stipulare il Contratto, l'applicazione di un Prezzo maggiore o di condizioni contrattuali diverse.</p> <p>Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del C.C. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto, altrimenti possono consentire il recesso della Compagnia.</p> <p>Alcune informazioni, ad esempio la residenza del Cliente persona fisica o la sede del Cliente persona giuridica, sono richieste dalla legge in quanto rilevanti a fini fiscali. Le dichiarazioni del Cliente devono essere anche in questi casi complete e veritiere.</p> <p>Avviso di aggravamento del rischio assicurato</p> <p>La modifica della professione o dell'attività svolte dell'Assicurato in corso di Contratto può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla Compagnia.</p> <p>In tali ipotesi, Cliente deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento di professione o attività sportiva svolte dall'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto.</p> <p>Si applica in ogni caso quanto previsto dall'1926 Cod.civ.</p> <p>Se l'Assicurato inizia a fumare dopo la conclusione del Contratto, nel caso di acquisto della Copertura Temporanea Caso Morte, deve comunicarlo per iscritto entro 30 giorni mediante raccomandata ai recapiti della Compagnia che, fermo restando il premio annuo costante versato, provvederà a ricalcolare il corrispondente capitale.</p> <p>Maggiorazione del premio</p> <p>Se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Contratto, dichiara di svolgere una delle attività professionali o sportive riportate nelle Tabelle A e B presenti nelle Condizioni di Assicurazione, o 2. l'Assicurato non gode di un buono stato di salute, <p>la Compagnia comunica al Cliente l'eventuale relativa maggiorazione del Prezzo (sovrappremio) che, se accettato e pagato, determina la piena copertura assicurativa. Se il Cliente non accetta la maggiorazione del Prezzo, la Compagnia rifiuta la copertura assicurativa dell'Assicurato.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il Cliente deve pagare un premio annuo ricorrente in via anticipata al momento della conclusione del Contratto e ad ogni successiva scadenza annuale dello stesso.</p> <p>Il premio annuo può essere frazionato in rate semestrali o mensili a scelta del Cliente, da effettuarsi al momento della sottoscrizione del Contratto, senza costi aggiuntivi.</p> <p>Il frazionamento scelto vale per tutte le coperture acquistate e non può essere modificato nel corso della durata del Contratto. L'interruzione del pagamento, anche di una sola rata di premio, comporta, decorsi infruttuosamente 30 giorni dalla relativa scadenza, l'interruzione delle coperture assicurative, salvo che il Contratto venga riattivato pagando il premio insoluto.</p> <p>Il premio è dovuto:</p> <ul style="list-style-type: none">• per tutta la durata della garanzia fino al decesso o al riconoscimento dello stato di Malattia Terminale dell'Assicurato, relativamente alla Copertura Temporanea Caso Morte, alla Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale e alla Copertura Complementare Facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi;• Per tutta la durata della garanzia, ma non oltre al riconoscimento dello stato di Malattia Grave o della morte dell'Assicurato, relativamente alla Copertura Temporanea Malattia Grave; in caso di mancato accertamento della Malattia Grave sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati;• Per tutta la durata della garanzia, ma fino al riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. In caso di mancato accertamento dello stato di Non Autosufficienza sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati. <p>Il Cliente può pagare il premio con due modalità alternative:</p> <ul style="list-style-type: none">- mediante disposizione di pagamento a favore della Compagnia, con addebito sul conto corrente intestato o cointestato al Cliente e aperto presso una delle Banche Abilitate;- nel caso in cui il conto corrente presso una delle Banche Abilitate non sia più attivo, e in ogni caso su volontà del Cliente, tramite bonifico a favore della Compagnia, indicando nella causale cognome e nome del Cliente ed il numero del Contratto. <p>Non sono possibili pagamenti in contanti.</p>
Rimborso	<p>Il Cliente, in caso di esercizio della facoltà di recesso contrattualmente prevista, riceverà, entro 30 giorni dalla ricezione da parte della Compagnia della comunicazione relativa al recesso, il rimborso di un importo pari alla somma di tutti i prezzi versati.</p>
Sconti	<p>La Compagnia si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico Contratto, in base al numero di coperture acquistate e all'acquisto di altri prodotti assicurativi da parte del Cliente.</p> <p>Se il Cliente è anche dipendente delle società italiane facenti parte del gruppo Crédit Agricole in Italia può sottoscrivere il Contratto a condizioni agevolate con una riduzione del prezzo dovuto pari al 30%.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata delle Coperture è espressa in anni interi ed è scelta dal Cliente, il quale può scegliere durate differenti per le diverse coperture selezionate nel Contratto, nel rispetto dei seguenti limiti e delle condizioni di assicurabilità delle garanzie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copertura Temporanea Caso Morte: da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni• Copertura Temporanea Malattia Grave: da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni• Copertura Temporanea Non Autosufficienza: da un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni <p>La durata delle seguenti coperture:</p> <ul style="list-style-type: none">- Copertura relativa alla prestazione anticipativa in caso di Malattia Terminale,- Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale, e- Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi, <p>coincide con la durata della Copertura Temporanea Caso Morte scelta dal Cliente.</p> <p>La durata della copertura relativa alla prestazione di Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza coincide con la durata della Copertura Temporanea Non Autosufficienza scelta dal Cliente.</p>
---------------	--

	<p>La durata del Contratto è il periodo di tempo compreso tra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza indicate nel Modulo di Polizza e coincide con la durata massima delle coperture acquistate. Per maggior chiarezza, la Data di Scadenza coincide con:</p> <p>il termine ultimo di durata delle coperture selezionate dal Cliente, nel caso in cui le stesse abbiano lo stesso arco temporale; o</p> <p>il termine ultimo della copertura selezionata dal Cliente avente l'arco temporale più lungo, nel caso in cui le coperture selezionate dal Cliente abbiano diversa durata.</p>
Sospensione	<p>Il mancato pagamento del premio annuo o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta la sospensione del Contratto e delle prestazioni assicurative fino al termine del periodo di 6 mesi decorrenti dalla data di scadenza del premio non corrisposto. In tale periodo, in caso di sinistro, la Compagnia non procede ad effettuare alcun pagamento. A giustificazione del mancato pagamento di una rata del premio, il Cliente non può, in nessun caso, opporre il mancato invio della Compagnia di avvisi di scadenza o la mancata esecuzione della Compagnia dell'incasso a domicilio.</p>



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

Revoca	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	<p>Il Cliente, entro 30 giorni dal momento in cui il Contratto è concluso o dalla ricezione della documentazione (se successiva), può chiederne la cessazione degli effetti (Recesso). Affinché l'esercizio del recesso sia valido, il contraente deve firmare una comunicazione scritta che può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consegnata ad una delle Banche Abilitate, oppure - Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Crédit Agricole Vita S.p.A. Servizio Portafoglio Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano <p>Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dalla Banca Abilitata o dalla Compagnia, sia il Cliente che la Compagnia sono liberi da ogni obbligazione contrattuale. Entro 30 giorni da tale momento la Compagnia pagherà un importo pari alla somma di tutti i Prezzi versati dal Cliente.</p> <p>In caso di vincolo, l'operazione di recesso richiede anche l'assenso scritto del vincolatario.</p>
Risoluzione	<p>Il Contratto si risolve in caso di:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) recesso; b) morte dell'Assicurato; c) scadenza del Contratto (alla Data di Scadenza); d) risoluzione del Contratto per mancato pagamento anche di una sola rata di premio trascorsi 6 mesi dalla scadenza della stessa, senza che sia stata utilizzata la facoltà di riattivazione.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☒ SI ☐ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	<p>Il Cliente, per eventuali richieste di informazioni può rivolgersi alla Compagnia ai seguenti recapiti:</p> <p>Crédit Agricole Vita S.p.A. - Servizio Supporto Reti Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano Numero verde: 800 973015 Numero dall'estero: +39 02 30 30 10 25 E-MAIL: PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it oppure informazioni@ca-vita.it</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Clienti persone fisiche con età alla sottoscrizione del contratto superiore ai 18 anni.

Assicurati con età alla sottoscrizione del contratto compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 anni e 6 mesi che vogliano coprirsi dal rischio in caso di decesso, malattia grave o non autosufficienza.

Il prodotto è sottoscrivibile anche da Clienti persone giuridiche limitatamente alla copertura temporanea caso morte e alla copertura complementare facoltativa morte per infortunio o per infortunio da incidente stradale.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul prezzo

Sul Contratto gravano i seguenti costi di commissioni: da ogni Prezzo annuo vengono detratti:

- a) €5
- b) 40% di ogni Prezzo annuo pagato al netto del costo al punto a)

Costi di intermediazione

La quota percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 30%.

Altri costi

La Compagnia sosterrà i costi legati ad eventuali accertamenti sanitari richiesti per la sottoscrizione del Contratto o per l'eliminazione della Carenza fino ad un massimo di 100,00 €.

In particolare, la Compagnia rimborserà fino a 100 euro al Cliente a seguito della conclusione del Contratto e dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa.

Il contributo, fino a 100,00 €, a copertura delle spese sostenute per gli accertamenti sanitari, verrà corrisposto da parte di IPAS, provider della Compagnia, a mezzo bonifico bancario sul conto corrente indicato dal Cliente.

In caso di mancata conclusione del Contratto, il costo degli accertamenti sanitari eventualmente effettuati è interamente a carico del Cliente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Si deve inoltrare eventuali reclami per iscritto anche tramite comunicazione telefax o di posta elettronica a:</p> <p>Crédit Agricole Vita S.p.A. Ufficio Reclami - Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano Fax: 02 - 882183313 e-mail: reclami@ca-vita.it</p> <p>specificando numero di polizza e ove applicabile e/o disponibile il numero di preventivo o di sinistro nonché una descrizione esaustiva della doglianza.</p> <p>Sul sito internet della Compagnia (www.ca-vita.it) trovi un modello che può essere utilizzato per la presentazione dei reclami.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo ti deve fornire riscontro scritto entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo da te fornito.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva il Cliente può rivolgersi all' IVASS - Servizio Tutela del Consumatore Via del Quirinale, 21 00187 Roma - FAX: 06 42133206 - Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori - Reclami".</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziiazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Crédit Agricole Vita S.p.A. (le modalità sono previste dal Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Il Cliente, nel caso in cui la malattia grave o la non autosufficienza non venga riconosciuta dalla Compagnia, ha la facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata alla Direzione della Compagnia, un Collegio Medico.</p> <p>I membri del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza del Cliente.</p> <p>Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.</p> <p>I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.</p> <p>Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET, mediante accesso al relativo sito internet della Commissione Europea, oppure mediante reclamo all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente.</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Regime fiscale sui premi Sui versamenti per le coperture complementari facoltative morte per infortunio o per infortunio da incidente stradale e morte di entrambi i coniugi o conviventi è dovuta l'imposta del 2,5% sul prezzo pagato.</p> <p>Non è dovuta alcuna imposta sui versamenti per le coperture assicurative caso morte, malattia grave e non autosufficienza. Sul prezzo pagato per le coperture caso morte e non autosufficienza è ammessa una detrazione d'imposta secondo le modalità e i limiti previsti dallanormativa fiscale vigente.</p> <p>Regime fiscale delle somme corrisposte Le somme corrisposte sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).</p>

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

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

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